Algemene Rekenkamer

Resultaten verantwoordingsonderzoek 2014 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI)

20 mei 2015
Dit document bevat alle resultaten van ons Verantwoordingsonderzoek 2014 bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) zoals gepubliceerd op www.rekenkamer.nl/verantwoordingsonderzoek. De tekst op de website en in dit document is vastgesteld op 15 mei 2015. Dit document is op 20 mei 2015 aangeboden aan de Tweede Kamer.

Algemene Rekenkamer, Lange Voorhout 8, Postbus 20015, 2500 EA Den Haag

Over dit onderzoek

Verantwoordingsdag
Op Verantwoordingsdag (de derde woensdag in mei) verantwoorden ministers zich met hun jaarverslagen aan de Staten-Generaal. De jaarverslagen moeten zekerheid geven dat het geld is besteed aan het doel waarvoor het beschikbaar is gesteld en dat bij de besteding de wet- en regelgeving is nageleefd.
De Algemene Rekenkamer doet onderzoek naar de verantwoording van de ministers en presenteert de resultaten daarvan ook op Verantwoordingsdag.
Verantwoordingsonderzoek

Bij het jaarlijks verantwoordingsonderzoek kijken we zowel naar de kwaliteit van de jaarverslagen als naar de kwaliteit van de bedrijfsvoering en de totstandkoming van de beleidsinformatie. Het verantwoordingsonderzoek is een wettelijke taak van de Algemene Rekenkamer. Op basis van de jaarverslagen en ons onderzoek kan de het parlement na Verantwoordingsdag met het kabinet in gesprek over wat er terecht is gekomen van de plannen die ruim anderhalf jaar ervoor – op Prinsjesdag - aan het parlement zijn gepresenteerd. Als alles goed is kunnen de Staten-Generaal vervolgens decharge verlenen aan de ministers: de ministers worden dan ontheven van hun verantwoordelijkheid voor het beleid en de daaraan verbonden financiële consequenties waarover ze zich in de jaarverslagen hebben verantwoord.

Meer informatie over het verantwoordingsonderzoek en uitleg bij veel voorkomende begrippen is te vinden op www.rekenkamer.nl/verantwoordingsonderzoek. Daar vindt u ook alle resultaten van het verantwoordingsonderzoek, over dit begrotingshoofdstuk en over de andere begrotingshoofdstukken.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2014

Dit zijn de resultaten van het verantwoordingsonderzoek over het jaar 2014 bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). We presenteren:

- de hoofdpunten uit ons onderzoek
- onze bevindingen en oordelen over:
    - de beleidsresultaten;
    - de bedrijfsvoering:
    - de financiële informatie.

Als achtergrondinformatie nemen we ook de belangrijkste ontwikkelingen bij het ministerie en enkele kengetallen op.

Inhoud

1 Hoofdpunten verantwoordingsonderzoek 2014 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Knelpunten in vaststelling zorguitgaven en transitieproces

De begrotingsgefinancierde uitgaven van het Ministerie van VWS zijn grotendeels op orde. De grote uitdagingen voor de minister van VWS liggen op het gebied van de premiegefinancierde sectoren: de curatieve zorg en de langdurige zorg, ondersteuning, begeleiding en jeugdhulp.

De minister van VWS heeft geen inzicht in hoeverre alle zorguitgaven in de *curatieve zorg*, die gefinancierd worden vanuit de Zorgverzekeringswet, rechtmatig zijn geweest. Wij beschrijven de onzekerheden in de verantwoording over de uitgaven.

De *langdurige zorg, ondersteuning, begeleiding en jeugdhulp* is per 2015 ingrijpend veranderd. De minister van VWS heeft de verantwoordelijkheid om goede (wettelijke) kaders te scheppen, waarbinnen andere partijen hun taak goed kunnen voorbereiden en uitvoeren. Dit is op een aantal onderdelen niet zorgvuldig genoeg gebeurd, namelijk bij de invoering van trekkingsrechten, de inning van de ouderbijdrage en de verstrekking van de huishoudelijke hulp toelage.

In dit verantwoordingsonderzoek geven wij oordelen af bij de beleidsinformatie, de bedrijfsvoering en de financiële informatie van het Ministerie van VWS. Wij hebben daarnaast onderzoek gedaan naar de bekostiging en verantwoording in de curatieve zorg, de langdurige zorg, ondersteuning, begeleiding en jeugdhulp (trekkingsrechten, ouderbijdrage en huishoudelijke hulp toelage), de aanpak van PGB-fraude en de regeldruk in de gehandicaptenzorg.

Hieronder zullen we deze verschillende onderwerpen kort langs gaan, waarbij we doorverwijzen naar webpagina's van de afzonderlijke

onderzoeken die wij hebben gedaan. Het verantwoordingsonderzoek richt zich in eerste instantie op het jaar 2014. Omdat een aantal onderwerpen ook na 2014 relevant blijven, plaatsen we deze waar nodig in een bredere context.

Bekostiging en verantwoording curatieve zorg
Curatieve zorg is zorg die gericht is op genezing, zoals ziekenhuiszorg of psychologische hulp. In de curatieve zorg ging in 2014 circa 40,1 miljard euro om, waarvan circa 21 miljard euro in de medisch specialistische zorg en circa 4,1 miljard euro in de curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Het overige geld gaat bijvoorbeeld naar eerstelijnszorg of geneesmiddelen. Dit gaat om premiegelden, gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Het is onzeker in hoeverre de uitgaven aan de medisch specialistische zorg in 2012 en 2013 en de curatieve GGZ in 2013 rechtmatig besteed zijn. De minister heeft hier ook geen inzicht in. Deze onzekerheden hebben betrekking op:
1. De DBC-omzet in de medisch specialistische zorg (zoals ziekenhuizen) over 2012 en 2013. Deze DBC-omzet is onzeker. De minister van VWS en veldpartijen hebben een herstelplan opgesteld om de cijfers te verbeteren. Dit lichten wij toe bij ons onderzoek naar de DBC-omzet in de medisch specialistische zorg.
2. De transitiebedragen. Deze zijn vastgesteld op basis van onzekere cijfers. De transitiebedragen worden rechtstreeks betaald uit het zorgverzekeringsfonds, dat gefinancierd is met premiegelden vanuit de Zvw. Het gaat in totaal om circa 820 miljoen euro. De minister van VWS kan niet aangeven hoe groot het bedrag is dat onzeker is en ook wordt deze onzekerheid niet meer opgelost. Wij leggen dit verder uit bij ons onderzoek naar de Transitiebedragen.
3. De DBC-omzet over 2013 in de curatieve GGZ. Deze DBC-omzet is onzeker. De minister van VWS en veldpartijen in de GGZ hebben een plan van aanpak opgesteld om de cijfers alsnog zeker te krijgen. Dit plan van aanpak moet deels nog uitgevoerd worden. Dit lichten wij toe bij ons onderzoek naar de DBC-omzet in de GGZ.

Het oplossen of verminderen van deze onzekerheden heeft veel tijd en energie gevraagd van alle betrokken partijen in de zorg. Ondanks deze inspanningen zijn nog niet alle onzekerheden weggenomen. Op basis van de huidige beschikbare informatie en beleidsbeslissingen gaat dat ook niet gebeuren.

Het is wel van belang dat de minister van VWS transparant maakt waar nog sprake is van resterende onzekerheid of onzekerheid in de onderliggende cijfers, en dat transparant wordt welke consequenties deze onzekerheden hebben. Daarmee krijgt de Tweede Kamer de informatie die nodig is om vast te stellen in hoeverre het FBZ een juist beeld geeft van de rechtmatig verleende zorg.

De minister van VWS zou lessen moeten trekken uit deze problemen, zeker nu voor de ziekenhuizen een herhaling van de problemen in 2014 en 2015 dreigt te ontstaan.

Daarnaast hebben wij de doorwerking van de zorgakkoorden in het jaarverslag onderzocht. Wij constateren dat de financiële afspraken uit de zorgakkoorden goed zijn verwerkt in het jaarverslag. De minister van VWS kan de verantwoording over de zorgakkoorden nog verbeteren, door aan te geven wat de oorzaken zijn van over- en onderschrijdingen. Voor de medisch specialistische zorg geldt dat het zorgakkoord in 2012 en 2013 nog niet leidt tot de gewenste beheerste uitgavengroei.

Langdurige zorg, ondersteuning, begeleiding en jeugdhulp: trekkingsrechten, ouderbijdrage en huishoudelijke hulp toelage
De langdurige zorg, ondersteuning, begeleiding en jeugdhulp is per 1 januari 2015 ingrijpend veranderd. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) bestaat niet meer. Hier ging in 2014 circa 27,8 miljard euro in om. De verantwoordelijkheid voor de jeugdhulp en maatschappelijke ondersteuning is gedecentraliseerd naar gemeenten en de verzorging en verpleging is ondergebracht in de Zorgverzekeringswet. De 24-uurs zorg is bij het Rijk gebleven en geregeld in de Wet langdurige zorg (Wlz). In de Staat van de Rijksverantwoording gaan wij nader in op de decentralisaties.

De minister van VWS heeft de verantwoordelijkheid om goede (wettelijke) kaders te scheppen voor deze zorg, waarbinnen andere partijen hun taak goed kunnen voorbereiden en uitvoeren. Bij drie onderwerpen is dit niet zorgvuldig genoeg gebeurd:

1. De invoering van trekkingsrechten is onzorgvuldig verlopen: het late wetgevingstraject was een risico voor de invoering van de trekkingsrechten. Dit risico is onvoldoende beheerst, waardoor de invoering heeft geleid tot problemen in de uitbetaling van zorgverleners.
2. Er is onzekerheid over de uitvoerbaarheid en effecten van de ouderbijdrage jeugdhulp. Momenteel stellen gemeenten en

zorgaanbieders de ouderbijdrage ter discussie en wordt deze niet door elke gemeente geïnd.

3. De voorwaarden die gesteld zijn aan de huishoudelijke hulptoelage zijn strijdig met de decentralisatie gedachte en de Financiële verhoudingswet.

Aanpak van PGB-fraude

De minister van VWS heeft veel aandacht gegeven aan de aanpak van PGB-fraude. Wij constateren dat hier goede stappen zijn gezet, doordat er veel meer persoonlijke aandacht is voor de cliënt. Er is echter nog weinig zicht op wat alle maatregelen opleveren. Dit leggen wij verder uit bij ons onderzoek naar de aanpak van PGB-fraude.

Onnodige regels in de gehandicaptenzorg

De maatwerkaanpak van het Ministerie van VWS om onnodige regels in de gehandicaptenzorg aan te pakken is veelbelovend. We gaan in ons onderzoek onder andere in op de 3 succesfactoren van de gehanteerde maatwerkaanpak (Experiment Regelarme Instellingen).

Belangrijkste oordelen 2014

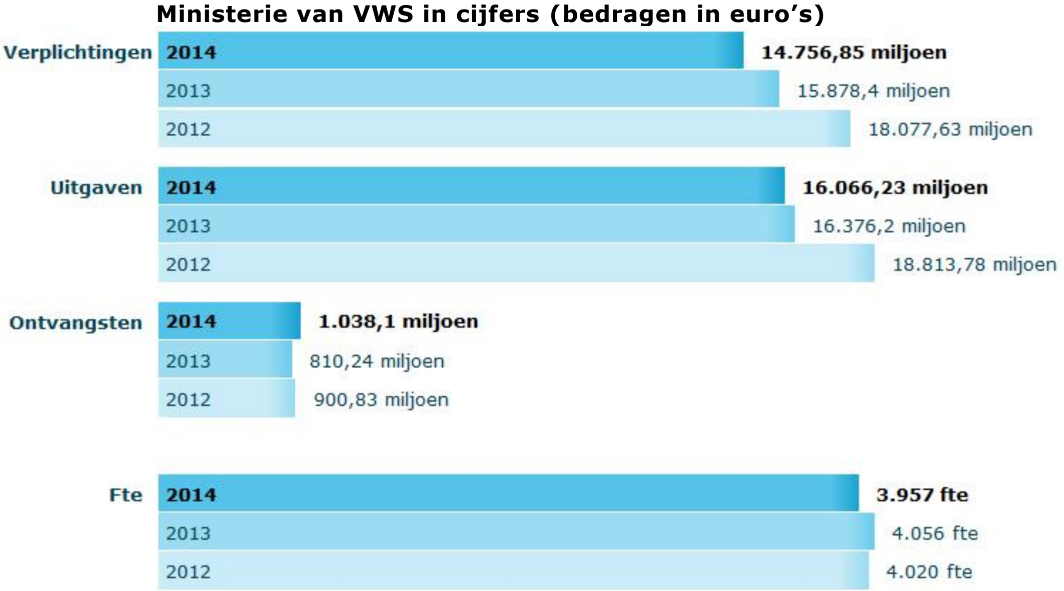
- Oordeel beleidsinformatie: de onderzochte beleidsinformatie is deugdelijk tot stand gekomen en voldoet aan de verslaggevingsvoorschriften.
- Oordeel bedrijfsvoering: 2 onvolkomenheden.
- Oordeel rechtmatigheid financiële informatie: fouten in de afgerekende voorschotten en fout en onzekerheid in de rechtmatigheid op artikel 10 Apparaatsuitgaven.

Reactie van de minister

Lees de volledige reactie op verantwoordingsonderzoek.rekenkamer.nl

2 Kengetallen en ontwikkelingen VWS

2.1 Kengetallen



Financiering
De begroting 2014 van het Ministerie van VWS omvat 16 miljard euro aan uitgaven en 1 miljard euro aan ontvangsten. In het Financieel Beeld Zorg (FBZ) staan de ontwikkelingen van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) centraal. In 2014 is in het BKZ 70,2 miljard euro aan uitgaven en 5,1 miljard euro aan ontvangsten begroot.

2.2 Ontwikkelingen

Missie van het Ministerie van VWS
De missie van het Ministerie van VWS is om te zorgen voor een kwalitatief goede, breed toegankelijke en betaalbare zorg.

Hervorming langdurige zorg en decentralisatie

Het jaar 2014 stond vooral in het teken van grote voorbereidingen met het oog op de stelselwijzigingen in de langdurige zorg en ondersteuning en jeugdhulp. In 2014 zijn de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en de Jeugdwet door het parlement aangenomen, waarmee een deel van de langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning en de jeugdhulp per 1 januari 2015 is gedecentraliseerd naar gemeenten. Daarnaast is een groot deel van de verzorging en verpleging vanuit de AWBZ overgegaan naar de Zorgverzekeringswet. De 24-uurs zorg is vanuit de AWBZ overgegaan naar de Wet langdurige zorg.

Aanpak zorgfraude

De minister van VWS heeft de aanpak van fraude in de zorg benoemd tot topprioriteit. Zij heeft in mei 2014 een aparte programmadirectie Fraudebestrijding Zorg opgericht, die de aanpak van fraude moet coördineren. De minister van VWS heeft in maart 2015 een programmaplan rechtmatige zorg naar de Tweede Kamer gestuurd. In dit plan worden de maatregelen genoemd om fouten en fraude in de zorg tegen te gaan. In dit verantwoordingsonderzoek hebben wij specifiek gekeken naar de aanpak van PGB-fraude.

Verkoop RIVM-terrein

In 2014 is in opdracht van het Ministerie van VWS het voormalig RIVM terrein door het Rijksvastgoedbedrijf verkocht aan een private partij. Plannen voor de verkoop zijn via verschillende brieven gedeeld met de Tweede Kamer. Dit geldt niet voor de feitelijke verkoop en het bieden van een integraal inzicht in de kosten en opbrengsten die met de verkoop van het terrein gepaard zijn gegaan. Het Ministerie van VWS heeft toegezegd om de Tweede Kamer voor de zomer van 2015 alsnog per brief te informeren over de kosten en opbrengsten van de verkopen.

3 Beleidsresultaten Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Hier vindt u de resultaten van ons onderzoek naar de beleidsresultaten. Het verantwoordingsonderzoek is primair gericht op de begrotingsgefinancierde uitgaven van het ministerie van VWS. We hebben ook naar de premiegefinancierde uitgaven gekeken, maar dat valt formeel buiten de reikwijdte van ons onderzoek en ons oordeel.

Verantwoordingsonderzoek primair gericht op begrotingsuitgaven
Het verantwoordingsonderzoek is primair gericht op de begrotingsgefinancierde uitgaven van het Ministerie van VWS. Hierbij kijken we zowel naar de kwaliteit van de jaarverslagen als naar de kwaliteit van de bedrijfsvoering en de totstandkoming van de beleidsinformatie. Het verantwoordingsonderzoek is een wettelijke taak van de Algemene Rekenkamer. Mede op basis van ons onderzoek kunnen de Staten-Generaal decharge verlenen aan de minister van VWS: de minister wordt dan ontheven van haar verantwoordelijkheid voor het beleid en de daaraan verbonden financiële consequenties waarover ze zich in het jaarverslag heeft verantwoord.

Daarnaast aandacht voor premiegefinancierde uitgaven
De begrotingsgefinancierde uitgaven voor de zorg maken onderdeel uit van een groter totaal van collectief gefinancierde uitgaven. Bepaalde (door belastingen en premies gefinancierde) uitgaven zijn niet in de rijksbegrotingen opgenomen. Naast de begrotingsuitgaven van het Ministerie van VWS, circa 16,1 miljard euro in 2014, zijn er ook zorguitgaven die betaald worden vanuit premiegelden, circa 67,9 miljard euro in 2014. Dit is het geld dat omgaat in de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Begrotingsuitgaven en premiegefinancierde uitgaven VWS 2014



Doordat deze uitgaven niet in de rijksbegroting en rijksrekening zijn opgenomen, strekt onze goedkeuring niet uit over deze uitgaven. Dit geldt bijvoorbeeld voor de uitgaven aan de ziekenhuiszorg en het persoonsgebonden budget. In het rijksbrede deel van ons verantwoordingsonderzoek gaan wij hier ook op in.

De minister van VWS is verantwoordelijk voor de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg. Voor de Tweede Kamer is het van belang om te toetsen of de minister deze verantwoordelijkheden juist invult. De Tweede Kamer heeft bij de premiegefinancierde zorguitgaven echter geen budgetrecht.

Het gaat om veel geld, dat binnen de definitie van EMU-uitgaven valt en mede de 3%-norm bepaalt. Wij vinden het daarom van groot belang dat dit geld goed besteed wordt. Hiervoor is een adequaat systeem van begroten en verantwoorden van uitgaven in de zorg nodig. Dit is ook van belang voor de beheersing van de zorguitgaven.

In aanvulling op ons onderzoek naar de begrotingsgelden van het Ministerie van VWS, besteden we daarom in ons verantwoordingsonderzoek de afgelopen jaren ook aandacht aan de premiegefinancierde zorguitgaven. In het verantwoordingsonderzoek over 2013 hebben wij bijvoorbeeld aandacht besteed aan de bekostiging en verantwoording in de curatieve zorg. Wij hebben de minister van VWS toen aanbevolen om de complexiteit in het financieel stelsel van de curatieve zorg terug te dringen zodat de rechtmatige en doelmatige besteding van de zorggelden inzichtelijker wordt en goed te controleren is. Dit jaar zijn wij nagegaan in hoeverre dat is gelukt. Wij gaan hier onder andere op in bij ons onderzoek naar de ziekenhuisuitgaven.

Rechtmatigheidsoordeel beperkt tot begrotingsuitgaven
In het verantwoordingsonderzoek spreken wij over de rechtmatigheid van uitgaven. Voor de begrotingsgefinancierde uitgaven houdt dit in dat zij tot stand zijn gekomen in overeenstemming met de begrotingswetten en met andere van toepassing zijnde wetten en wettelijke regelingen. Wij geven over de financiële informatie ook ons oordeel.

Voor de premiegefinancierde uitgaven geldt dat deze rechtmatig zijn als de zorg geleverd is in overeenstemming met wet- en regelgeving. Voor de curatieve zorg geldt dat zorg die niet voldoet aan de eisen van de wet- en regelgeving, zoals bepaald in de Zorgverzekeringswet of nadere (beleids)regels, onrechtmatig is. Dit geldt ook voor zorg die wel is gedeclareerd, maar niet (in die mate) is geleverd. De controle op de

rechtmatigheid in de curatieve zorg begint bij zorgaanbieders en hun externe accountant, vervolgens de zorgverzekeraars en hun externe accountant en ten slotte de NZa. De NZa heeft als taak er op toe te zien dat geen onverzekerde zorg – die niet aan de wettelijke voorwaarden voldoet en dus niet rechtmatig is – via de Zorgverzekeringswet collectief uit het Zorgverzekeringsfonds wordt gefinancierd.

Ons oordeel over de rechtmatigheid van de financiële informatie in het jaarverslag van het Ministerie van VWS heeft geen betrekking op de premiegefinancierde zorguitgaven. We vinden het belangrijk dat de minister van VWS inzicht heeft in hoeverre deze zorguitgaven rechtmatig zijn zodat zij deze informatie kan gebruiken bij de beheersing van de zorguitgaven.

Leeswijzer
Wij gaan in dit hoofdtuk in op de volgende onderwerpen:

- Bekostiging in de curatieve zorg:
    - Rechtmatigheid DBC-omzet ziekenhuizen niet vast te stellen;
    - Transitiebedragen gebaseerd op onzekere gegevens;
    - Plan van aanpak GGZ is goede stap, maar uitvoering is cruciaal;
    - Zorgakkoord leidt nog niet tot beheerste groei ziekenhuisuitgaven.
- De decentralisaties in het sociale domein:
    - Onzorgvuldige invoering van trekkingsrechten;
    - Onzekerheid over uitvoerbaarheid en effecten ouderbijdrage jeugdhulp;
    - Toekenningen huishoudelijke hulp toelage in strijd met Financiële verhoudingswet.
- Onnodige regels in de gehandicaptenzorg.

We geven een oordeel over: de totstandkoming van de beleidsinformatie in het jaarverslag.

Meer informatie over ons verantwoordingsonderzoek en uitleg bij veel voorkomende begrippen is te vinden op www.rekenkamer.nl/verantwoordingsonderzoek bij ‘Over dit onderzoek’.

3.1 Rechtmatigheid DBC-omzet ziekenhuizen niet vast te stellen

Over 2012 en 2013 kan de rechtmatigheid van de DBC-omzet van zorgaanbieders in de medisch specialistische zorg (vanaf hier: ziekenhuizen) niet worden vastgesteld door accountants. Omdat de bekostiging van de ziekenhuizen per 2012 is veranderd, heeft dit nu ook gevolgen voor de jaarrekening van ziekenhuizen. Om de jaarrekening toch te kunnen goedkeuren, hebben ziekenhuizen en zorgverzekeraars een 'herstelprogramma' uitgevoerd. Hiermee is de jaarrekening uiteindelijk vastgesteld, maar is niet alle onzekerheid over de onderliggende DBC-omzet weggenomen. Deze onzekerheid werkt door in cijfers van zorgverzekeraars, het Zorginstituut en het Ministerie van VWS. Deze onzekerheid dreigt ook voor de ziekenhuisuitgaven 2014 en 2015.

Ziekenhuizen declareren geleverde zorg bij zorgverzekeraars. Zij declareren dit per DBC zorgproduct ('diagnosebehandelingscombinatie' vanaf hier: DBC) en krijgen per DBC een overeengekomen bedrag van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar controleert de declaratie en gaat over tot betaling. Voor zover de geleverde zorg binnen de basisverzekering valt, wordt deze vergoed op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Alle gefactureerde DBC's tezamen zijn de DBC-omzet. De DBC-omzet vormt een belangrijk deel van de totale ziekenhuisinkomsten en is onderdeel van de jaarrekening van het ziekenhuis.

De DBC-omzetcijfers over 2012 en 2013 zijn onzeker. Het is daardoor niet bekend in hoeverre dit geld rechtmatig besteed is, dat wil zeggen: aan zorg die voldoet aan de eisen van de Zvw. Onzekerheden in de DBC-omzetcijfers van ziekenhuizen zijn niet nieuw, maar zijn prominent in beeld gekomen door de verandering in de ziekenhuisbekostiging. Wij leggen hieronder in het kort uit hoe de bekostiging van ziekenhuizen is veranderd. In ons rapport 'Transparantie ziekenhuisuitgaven' lichten wij deze veranderingen uitgebreid toe.

Vanaf 2012: verandering bekostiging ziekenhuizen
Tot 2012 ontvingen ziekenhuizen voor een belangrijk deel van de zorg een budget (voor circa 70% van de geleverde zorg). De hoogte van dit zogenaamde Functionele Budget werd bepaald op basis van een inschatting die een ziekenhuis en een zorgverzekeraar maakten over (productie)parameters, zoals polikliniekbezoeken en het aantal inwoners in het verzorgingsgebied. Ziekenhuizen declareerden wel DBC's voor deze

70% van de zorg, maar dit diende alleen ter vulling van het vastgestelde budget. Met ingang van 2012 is het Functionele Budget afgeschaft. Een belangrijk deel van de ziekenhuisinkomsten wordt nu bepaald door de DBC-omzet. Met het afschaffen van het Functionele Budget heeft de minister in 2012 volledige prestatiebekostiging ingevoerd.

Accountants kunnen DBC-omzet 2012 en 2013 niet vaststellen
Accountants konden de DBC-omzet van ziekenhuizen over 2012 en 2013 niet goed vaststellen. Dit is geen nieuw probleem. Al vanaf 2008 gaven accountants aan dat zij de DBC-omzet niet met zekerheid vast konden stellen. Wat wel nieuw is, is dat accountants aangeven daardoor de jaarrekening niet goed te kunnen keuren. Hiervoor zijn verschillende redenen. Het belang van de DBC-omzet is toegenomen doordat ziekenhuizen geen Functioneel Budget meer ontvangen. Daarnaast is het toezicht geïntensiveerd, waarbij zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geld terugvorderen wanneer zorg niet aantoonbaar rechtmatig is. Een voorbeeld hiervan is het Antonius ziekenhuis waarbij de NZa 24,6 miljoen euro heeft teruggevorderd voor foutieve declaraties over de periode 2008-2012. Accountants geven aan dat het niet altijd mogelijk is te controleren of declaraties rechtmatig zijn, omdat de regelgeving niet duidelijk is of met terugwerkende kracht nader is geduid. Ziekenhuizen kunnen niet altijd achteraf voldoen aan deze nadere duidingen, wat onzekerheid meebrengt over de DBC-omzet.

Toch goedgekeurde jaarrekeningen 2012 en 2013
In 2012 hebben de meeste ziekenhuizen alsnog een goedgekeurde jaarrekening gekregen, vanwege het dempende effect van het transitiemodel. In 2013 is het dempende effect door het transitiemodel kleiner en vanaf 2014 bestaat het transitiemodel niet meer voor ziekenhuizen. Daarom hebben de problemen in de DBC-omzetverantwoording vanaf 2013 een grotere invloed op de controleverklaring die accountants afgeven bij de jaarrekening van ziekenhuizen.

Begin 2014 waarschuwden accountants dat zij geen goedkeurende verklaring konden afgeven bij de jaarrekeningen van ziekenhuizen over 2013. Door onduidelijkheid over de declaratieregels konden accountants namelijk niet goed controleren in hoeverre ziekenhuizen volgens de regels hebben gedeclareerd.
Om de jaarrekeningen toch te kunnen goedkeuren, hebben ziekenhuizen in 2014 de DBC-omzet opnieuw onderzocht. In dit herstelprogramma zijn de declaratieregels eerst verduidelijkt en vervolgens hebben ziekenhuizen zelf onderzocht of zij correct hebben gedeclareerd.

Zorgverzekeraars hebben dit vervolgens beoordeeld. Het herstelprogramma lichten wij nader toe in het tabblad 'achtergrondinformatie'.

Op grond van de uitkomsten hebben accountants bij 60% van de ziekenhuizen alsnog een goedkeurende controleverklaring bij de jaarrekening 2013 kunnen afgeven. Bij de ziekenhuizen die een verklaring met beperking hebben gekregen, komt dit voornamelijk doordat de jaarrekening is gedeponeerd vóór het uitvoeren van het herstelprogramma (30% van de ziekenhuizen). Bij de overige 10% van de ziekenhuizen spelen er andere zaken die van invloed zijn op de jaarrekeningen.

Onzeker of in het herstelprogramma alle foute declaraties zijn opgespoord

Uit het aanvullende omzetonderzoek komt naar voren dat ziekenhuizen 277 miljoen euro ten onrechte hebben gedeclareerd. Het is echter onzeker of hiermee alle onrechtmatige declaraties over 2012 en 2013 zijn opgespoord. Deze onzekerheid komt door de volgende twee punten:

1. Een belangrijk deel van de omzet in 2012 is niet onderzocht in het aanvullend onderzoek. Het gaat hierbij om de zorg die in 2011 onder het Functioneel Budget viel, circa 70% van de DBC's. Dit deel is niet onderzocht omdat dit onderdeel was van het transitiebedrag.
2. Het is onduidelijk of, in het onderzochte deel, alle foute declaraties boven water zijn gekomen. Accountants hebben hier geen zekerheid over afgegeven.

De minister en veldpartijen hebben in 2014 deze resterende onzekerheden over de juistheid van de omzet geaccepteerd. Hiervoor is gekozen om de jaarrekening 2013 toch vast te kunnen stellen.

Herhaling problemen dreigt in 2014 en 2015

De situatie zoals die beschreven is voor 2012 en 2013 dreigt opnieuw te ontstaan voor de DBC-omzet over 2014 en 2015.

Om de jaarrekening 2014 goed te kunnen keuren, hebben ziekenhuizen en zorgverzekeraars een vergelijkbaar programma opgesteld als het herstelprogramma over 2012 en 2013. De afspraken hiervoor zijn vastgelegd in de Handreiking omzetverantwoording medisch specialistische zorg 2014 en de Handreiking rechtmatigheidscontroles medisch specialistische zorg 2014. Accountants hebben hierin aangegeven, net als over 2012 en 2013, geen zekerheid te kunnen geven over de rechtmatigheid van de DBC-omzet van ziekenhuizen. Voor 2016

zal opnieuw worden bekeken of accountants wel zekerheid kunnen afgeven.

De toetsing van de rechtmatigheid van de DBC-omzet over 2014 en 2015 komt nu volledig bij ziekenhuizen en zorgverzekeraars te liggen. Wij vinden dit problematisch omdat hierdoor geen onafhankelijke derde partij de rechtmatigheid van de DBC-omzet beoordeelt. In ons rapport Transparantie Ziekenhuisuitgaven constateerden wij dat zorgverzekeraars onvoldoende prikkels hebben om declaraties goed te controleren.

Onzekerheden in de DBC-omzet werken door bij zorgverzekeraars, in risicoverevening en in Financieel Beeld Zorg
Bovengenoemde onzekerheden in de DBC-omzet werken door in de 'schadelast' (omzet) van de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben van hun accountants over 2012 en 2013 daarom ook geen goedkeurende controleverklaring gekregen.

Zorgverzekeraars sturen hun schadelast door naar het Zorginstituut Nederland. Het Zorginstituut voert op basis van een deel van de schadelast de risicoverevening tussen zorgverzekeraars uit. De middelen hiervoor komen uit het Zorgverzekeringsfonds. Omdat de schadelast nog onzeker is, heeft dit gevolgen voor de risicoverevening. Het is nog onduidelijk hoe de risicoverevening uitgevoerd gaat worden. De accountant van het Zorginstituut heeft een verklaring met oordeelonthouding afgegeven bij het Jaarverslag Zorgverzekeringsfonds over 2013.

Het Zorginstituut aggregeert de schadelastcijfers van zorgverzekeraars en rapporteert hierover aan de minister van VWS, die deze cijfers gebruikt voor het Financieel Beeld Zorg. De onzekerheden werken dus ook door in de geaggregeerde cijfers die de minister presenteert in het jaarverslag. Hoe de DBC-omzet doorwerkt van het ziekenhuis tot in het FBZ, lichten we verder toe in het tabblad 'achtergrondinformatie'.

Minister moet onzekerheden transparant maken
Het uitvoeren van het herstelprogramma heeft veel tijd en energie gevraagd van alle betrokken partijen in de zorg. Ondanks deze inspanningen zijn nog niet alle onzekerheden weggenomen. Op basis van de huidige beschikbare informatie en beleidsbeslissingen gaat dat ook niet gebeuren.
Het is wel van belang dat de minister van VWS transparant maakt waar nog sprake is van onzekerheid in de onderliggende cijfers en dat

transparant wordt welke consequenties deze onzekerheden hebben. Daarmee krijgt de Tweede Kamer de informatie die nodig is om vast te stellen in hoeverre het FBZ een juist beeld geeft van de rechtmatig verleende zorg.

Problemen moeten opgelost worden
De minister van VWS zou lessen moeten trekken uit deze problemen, zeker nu voor de ziekenhuizen een herhaling van de problemen in 2014 en 2015 dreigt te ontstaan. Nederlanders betalen, via de verplichte collectieve basisverzekering en de inkomensafhankelijke bijdrage, circa 21 miljard euro per jaar aan ziekenhuiszorg. Door de huidige onzekerheden in de DBC-omzet is niet bekend in hoeverre dit geld rechtmatig besteed is, dat wil zeggen: aan zorg die voldoet aan de eisen van de Zvw. Het is van groot publiek belang dat de zorguitgaven goed worden beheerst en dat de zorgpremies die burgers betalen rechtmatig worden besteed. Dit publieke belang komt in de knel als de complexiteit van de financiering van de ziekenhuiszorg leidt tot een situatie waarin accountants de rechtmatigheid van de ziekenhuisomzet niet kunnen vaststellen.

Om de problemen voor de lange termijn op te lossen, willen wij twee aandachtspunten meegeven, die de minister van VWS kan betrekken bij het oplossen van de problemen:

1. Zorgverzekeraars moeten declaraties ook controleren op gepast gebruik. In de handreiking omzetverantwoording 2014 is een aantal uitgangspunten opgenomen rondom controles op gepast gebruik. Bijvoorbeeld dat zorgverzekeraars tijdig bekend maken welke controles zij gaan uitvoeren. Individuele zorgverzekeraars kunnen echter gedurende het jaar alsnog verdere controlepunten voor gepast gebruik toevoegen. In de handreiking wordt genoemd dat dit naar verwachting een geringe financiële impact zal hebben, maar wij constateren dat dit vooraf niet met zekerheid vast te stellen is. In hoeverre dit leidt tot onzekerheid in de omzetverantwoording moet dus in de praktijk blijken. Wij vragen daarnaast aandacht voor het feit dat voor veel behandelingen de norm voor gepast gebruik nog ontbreekt en ontwikkeld moet worden.
2. Het belang van rechtmatige declaraties is evident. Daarvoor is het essentieel dat de registratie aan de bron betrouwbaar is en adequate maatregelen voor (interne) controle worden uitgevoerd om dit te waarborgen. Om dit waar te maken, moeten ziekenhuizen hun Administratieve Organisatie en Interne Controle (AO/IC) op orde hebben. De NZa en zorgverzekeraars hebben aangegeven dat de kwaliteit van de AO/IC bij ziekenhuizen verder moet verbeteren. Het

is bij de NZa en zorgverzekeraars echter niet bekend hoe groot dit probleem is en welke gevolgen dit heeft voor de rechtmatige verantwoording van de Zvw.

Aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer

In ons rapport 'Transparantie Ziekenhuisuitgaven' concluderen wij dat de inrichting van de financiering van de (ziekenhuis)zorg al jaren gekenmerkt wordt door een grote complexiteit. Dit probleem is in 2012 nog verder toegenomen door systeemwijzigingen. Wij constateerden toen dat het ingewikkelde financieringssysteem de controle op de vraag of ziekenhuiszorg terecht is geleverd en op de juiste wijze is gefactureerd en verantwoord, bemoeilijkt. Het aanpakken van de complexiteit van de financiering van de (ziekenhuis)zorg blijft een belangrijke opgave voor de minister van VWS.

Wij bevelen de minister van VWS verder aan om:

- aan te geven hoe zij zich gaat verantwoorden over de zorguitgaven, gegeven de dreigende problemen voor 2014 en 2015;
- aan te geven welke cijfers in het FBZ vastgesteld zijn op basis van onzekere onderliggende gegevens;
- toe te zien, eventueel via het Zorginstituut, op verdere ontwikkeling van normen voor gepast gebruik;
- nader onderzoek te doen, bijvoorbeeld door de NZa, naar de kwaliteit van de AO/IC van ziekenhuizen.

Reactie van de minister

De minister van VWS geeft aan dat zij de veranderingen in de bekostiging van ziekenhuizen van groot belang acht, vanwege het streven naar ‘value for money’ en het tegengaan van upcoding. De problemen bij het vaststellen van de rechtmatigheid in 2012 en 2013 moeten bezien worden tegen de achtergrond van deze veranderingen. De minister heeft met alle veldpartijen een herstelprogramma afgesproken om de complexe jaren 2012 en 2013 af te kunnen sluiten. Voor 2014 en verder geeft de minister aan dat de verantwoording via het reguliere verantwoordingstraject zal plaatsvinden. De minister geeft aan dat zij geen signalen heeft gekregen dat de verantwoording over 2014 en 2015 met dezelfde problemen omgeven zal zijn als in 2012 en 2013. De minister geeft aan dat de aandacht niet moet verslappen, maar dat de lessen uit 2012 en 2013 door moeten werken in volgende jaren.

De minister onderschrijft onze aanbeveling om in het FBZ aan te geven welke cijfers opgenomen zijn op basis van niet met zekerheid vast te stellen onderliggende gegevens.

De minister refereert aan de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda uit het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2014, waarin partijen hebben afgesproken om voor 30 aandoeningen in te zetten op meer kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik.
De minister wijst erop dat de NZa vanuit haar rol als toezichthouder zelf dient te bepalen of zij onderzoek gaat doen naar de kwaliteit van de Administratieve organisatie en Interne controle (AO/IC) van ziekenhuizen.
Lees de volledige reactie op verantwoordingsonderzoek.rekenkamer.nl

Nawoord Algemene Rekenkamer
Wij zijn het eens met de minister van VWS dat de problemen bij het vaststellen van de rechtmatigheid van de DBC-omzet in 2012 en 2013 bezien moeten worden tegen de achtergrond van de veranderingen in de bekostiging van de ziekenhuiszorg. Tegelijkertijd zijn niet alle problemen opgelost in de verantwoording over 2014 en 2015. Accountants hebben eind maart 2015 aangegeven dat zij geen zekerheid kunnen geven over de rechtmatigheid van de DBC-omzet in 2014 en 2015. Voor 2016 zal een heroverweging worden gemaakt om wel zekerheid te bieden. De Algemene Rekenkamer zal de ontwikkelingen nauwgezet volgen.
Wij zijn positief over het bevorderen van gepast gebruik binnen de kwaliteit- en doelmatigheidsagenda. Dit moet echter ook leiden tot bruikbare normen voor gepast gebruik, die zorgaanbieders, zorgverzekeraars en accountants kunnen gebruiken bij de controles op ziekenhuisdeclaraties.
De minister geeft in haar reactie aan dat de NZa in haar rol als toezichthouder zelf dient te bepalen of zij onderzoek naar de kwaliteit van de AO/IC doet. Vanwege het grote belang van een betrouwbare registratie van DBC's aan de bron, is het belangrijk dat geïnvesteerd wordt in de kwaliteit van de AO/IC van zorgaanbieders. Wij vragen de minister daarom om hier extra aandacht aan te besteden in haar (regulier) overleg met de NZa.

Achtergrondinformatie
Herstelprogramma voor ziekenhuizen
Het herstelprogramma is opgesteld door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van UMC's, Zorgverzekeraars Nederland in overleg met het Ministerie van VWS, de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants en de Nederlandse Zorgautoriteit. De kern van het herstelprogramma is dat ziekenhuizen een aanvullend omzetonderzoek uitvoeren naar een deel van hun declaraties over 2012 en al hun declaraties over 2013. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen

hebben samen 66 controlepunten en bijbehorende instructies voor de controle opgesteld. De uitkomsten van het omzetonderzoek heeft ieder ziekenhuis vastgelegd in een rapport, met daarin het bedrag dat met de foutieve declaraties in 2012 en 2013 is gemoeid. Op basis van het omzetonderzoek en bijhorend accountantsrapport van bevindingen heeft de expertgroep van zorgverzekeraars uiteindelijk bepaald welk bedrag ieder ziekenhuis moet terugbetalen aan de zorgverzekeraar. Het ziekenhuis kon daardoor de DBC-omzet verantwoorden in de jaarrekening 2013 en de accountant had zekerheid dat die omzet niet meer betwist gaat worden door de verzekeraar.

Totstandkoming cijfers van DBC-omzet tot FBZ
Zorgaanbieders leveren zorg en declareren DBC's voor de geleverde zorg. Deze DBC-omzet komt uiteindelijk terecht in het jaarverslag van het Ministerie van VWS. In het jaarverslag geeft de minister inzicht in de zorguitgaven. Voor het geld dat omgaat in de Zorgverzekeringswet (Zvw, 40,1 miljard euro in 2014) doet ze dat in het Financieel Beeld Zorg (FBZ). Hieronder beschrijven wij de totstandkoming van de cijfers, van de DBC-omzet tot aan het FBZ. Wij beschrijven dit op hoofdlijnen:

- Een zorgaanbieder levert in een jaar een bepaalde hoeveelheid zorg. Op grond van deze geleverde zorg bepaalt een zorgaanbieder de DBC-omzet van zijn instelling.
- Deze DBC-omzet wordt gecontroleerd door de accountant van de zorgaanbieder en door de zorgverzekeraar.
- De DBC-omzet die de zorgverzekeraar goedkeurt, neemt hij op in zijn 'schadelast': dit is onderdeel van de vastgestelde omzet van de zorgverzekeraar.
- Deze schadelast stuurt de zorgverzekeraar door naar de NZa en het Zorginstituut Nederland.
- De NZa controleert of de schadelast van de zorgverzekeraar juist is.
- Het Zorginstituut aggregeert de schadelastcijfers van zorgverzekeraars en rapporteert hierover aan de minister, die deze cijfers gebruikt voor het Financieel Beeld Zorg.

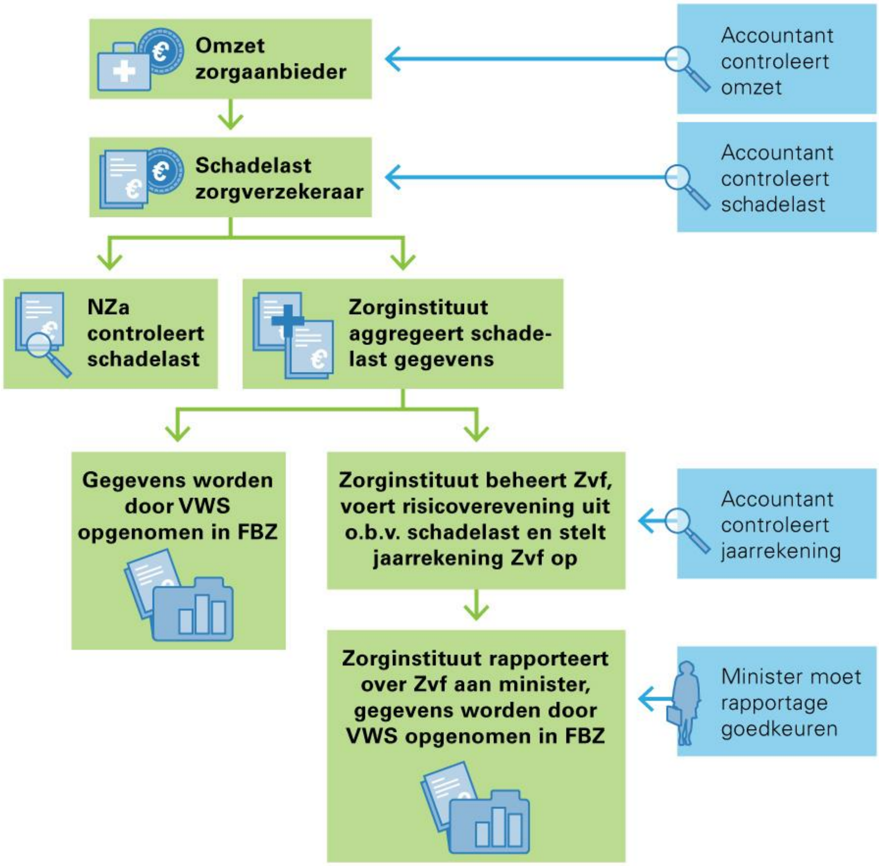
Daarnaast beheert het Zorginstituut het Zorgverzekeringsfonds. Vanuit het Zorgverzekeringsfonds worden onder andere de transitiebedragen bepaald en wordt de risicoverevening uitgevoerd:

- Het Zorginstituut voert op basis van een deel van de schadelast de risicoverevening tussen zorgverzekeraars uit. De middelen hiervoor komen uit het Zorgverzekeringsfonds. Daarnaast beheert het Zorginstituut de overige middelen uit het Zorgverzekeringsfonds.
- De accountant van het Zorginstituut controleert of de inkomsten en uitgaven uit het zorgverzekeringsfonds juist zijn.

- Het Zorginstituut rapporteert jaarlijks aan de minister van VWS over deze inkomsten en uitgaven van het zorgverzekeringsfonds. Deze rapportage kan ook doorwerken in het Financieel Beeld Zorg.
- De minister moet deze rapportage van het Zorginstituut goedkeuren.

In ons rapport 'Transparantie ziekenhuisuitgaven' hebben we dit uitgebreider beschreven.

Figuur Totstandkoming Zvw-uitgaven in FBZ



3.2 Transitiebedragen gebaseerd op onzekere gegevens

De transitiebedragen voor de medisch specialistische zorg zijn gebaseerd op onzekere gegevens, omdat het transitiemodel in de praktijk niet uitvoerbaar was. De minister van VWS heeft de onzekerheden bij de transitiebedragen geaccepteerd. De onzekerheden in de cijfers zijn niet te kwantificeren, maar werken wel rechtstreeks door in het Zorgverzekeringsfonds en het Financieel Beeld Zorg. Via het transitiemodel wordt in totaal circa 820 miljoen euro over 2012, 2013 en 2014 uitgekeerd aan zorginstellingen.

Bekostiging medisch specialistische zorg gewijzigd
Zorgaanbieders in de medisch specialistische zorg (zoals ziekenhuizen) worden vanaf 2012 op een andere manier bekostigd. Tot 2012 ontvingen zorgaanbieders voor een belangrijk deel van de zorg een budget (voor circa 70% van de geleverde zorg). De hoogte van dit zogenaamde Functionele Budget werd bepaald op basis van een inschatting die een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar maakten over (productie)parameters, zoals polikliniekbezoeken en het aantal inwoners in het verzorgingsgebied. Met ingang van 2012 is het Functionele Budget afgeschaft. Een belangrijk deel van de ziekenhuisinkomsten wordt nu bepaald door de DBC-omzet. Met het afschaffen van het Functioneel Budget heeft de minister in 2012 volledige prestatiebekostiging ingevoerd. Om de risico’s van deze overgang in bekostiging te beperken, heeft de minister een transitiemodel ingesteld.

Transitiemodel dempt verschil in omzet
De kern van het transitiemodel is dat de omzet die een zorgaanbieder behaalt bij het nieuwe systeem van volledige prestatiebekostiging wordt vergeleken met de omzet die zou zijn behaald in het oude systeem van het Functioneel Budget. Het verschil tussen beide wordt grotendeels gecompenseerd: een deel in 2012 en een deel in 2013. Voor een kleine groep instellingen is er ook in 2014 een transitiebedrag. In het transitiemodel wordt alleen die zorg meegenomen, die in 2011 onder het Functioneel Budget viel, circa 70% van de DBC’s.

De zorgaanbieder ontvangt een groot deel van het verschil (wanneer de bekostiging op basis van het Functioneel Budget hoger was geweest dan bij volledige prestatiebekostiging), of moet een groot deel van het verschil afdragen (wanneer de bekostiging op basis van het Functioneel Budget lager was geweest dan bij volledige prestatiebekostiging). De NZa stelt het transitiebedrag per zorgaanbieder vast. In het tabblad

'achtergrondinformatie' leggen wij uit hoe het transitiemodel precies werkt.

Transitiebedragen door onzekerheid 2 keer bepaald
Omdat de omzet in 2012 van zorgaanbieders in de medisch specialistische zorg onzeker was, heeft de minister ervoor gekozen om de transitiebedragen 2 keer te bepalen:
- Voorlopige vaststelling eind 2013/begin 2014;
- Definitieve vaststelling eind 2014/begin 2015.

De minister van VWS heeft hiervoor gekozen, zodat zorgaanbieders meer tijd zouden hebben om hun omzet zeker te krijgen. Op basis van zekere omzetcijfers kunnen vervolgens de transitiebedragen met zekerheid worden vastgesteld.

Definitieve transitiebedragen 820 miljoen euro
De NZa heeft inmiddels bijna alle transitiebedragen definitief vastgesteld. In totaal zijn de transitiebedragen vastgesteld op circa 750 miljoen euro. De NZa moet nog van een klein aantal zorgaanbieders de transitiebedragen definitief maken. Het geraamde bedrag daarvan is circa 70 miljoen euro. Bij elkaar worden de totale uitgaven van het transitiemodel dus geraamd op 820 miljoen euro. Dit gaat over de jaren 2012 (circa 440 miljoen euro), 2013 (circa 350 miljoen euro) en 2014 (circa 30 miljoen euro). Bij de voorlopige aanvraag ging men uit van circa 460 miljoen euro.

Onderliggende cijfers nog steeds onzeker
De transitiebedragen zijn vastgesteld, maar de onderliggende cijfers zijn nog steeds onzeker. Het is niet bekend of het transitiebedrag van 820 miljoen euro correct is. Dit komt vooral doordat er onzekerheid is over de DBC-omzet van zorgaanbieders. Over 2012 en 2013 konden accountants geen zekerheid geven over de DBC-omzet van zorgaanbieders. Om toch de DBC-omzet te kunnen bepalen, hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars een 'herstelprogramma' uitgevoerd. In het herstelprogramma is een deel van de DBC-omzet uit 2012 en de hele DBC-omzet uit 2013 onderzocht.

Echter, het deel van de DBC-omzet uit 2012 dat relevant is voor het transitiebedrag, is niet meegenomen in dit herstelprogramma. Het gaat hierbij om de zorg die in 2011 onder het Functioneel Budget viel, circa 70% van de DBC's. Hierdoor is dit deel van de DBC-omzet niet verder onderzocht. Accountants kunnen daar ook nog steeds geen zekerheid over afgeven. Dit deel van de DBC-omzet is dus nog steeds onzeker. De

minister had juist gekozen voor een vaststelling in 2 fasen (voorlopig en definitief), zodat er meer zekerheid zou zijn over de DBC-omzet. Dit is echter niet het geval: er is nog steeds onzekerheid over de DBC-omzet. Dit werkt door in de bepaling van de transitiebedragen.

Wij lichten de keuzes rondom het herstelprogramma en de resterende onzekerheden verder toe in het tabblad 'achtergrondinformatie'.

Minister accepteert onzekerheden
De minister van VWS heeft de NZa verzocht om de onzekerheden bij de DBC-omzet te accepteren bij het vaststellen van de transitiebedragen. De minister accepteert zodoende dat er onzekerheden bestaan en laat het transitiebedrag alsnog vaststellen op basis van de onzekere DBC-omzet. Dit heeft de minister ook bepaald met de veldpartijen bij de afspraken rondom het herstelprogramma, waarin werd afgesproken dat de DBC-omzet voor het transitiebedrag niet verder zou worden onderzocht.

Onzekerheden niet te kwantificeren
De onzekerheden in de onderliggende cijfers van de transitiebedragen zijn niet te kwantificeren, omdat het Ministerie van VWS ervoor heeft gekozen om geen verder onderzoek uit te voeren op dit deel van de DBC-omzet. Gezien de gekozen vorm van het herstelprogramma, blijven deze gegevens onzeker. De transitiebedragen zelf zijn nu vastgesteld.

Onzekere cijfers werken door in Zorgverzekeringsfonds en FBZ
De 820 miljoen euro van de transitiebedragen wordt rechtstreeks betaald uit het Zorgverzekeringsfonds (Zvf). Hiermee worden de transitiebedragen definitief afgewikkeld. Voor ons blijft echter staan dat de cijfers waarop deze bedragen gebaseerd zijn onzeker zijn. Deze onzekerheden werken door in het Zvf. De accountant van het Zorginstituut heeft een verklaring met oordeelonthouding afgegeven bij het Jaarverslag Zorgverzekeringsfonds over 2013. Deze bedragen zijn ook opgenomen in het Financieel Beeld Zorg (FBZ).

Goed zicht op uitgaven ontbreekt
Door de onzekerheden in de onderliggende cijfers van de transitiebedragen, heeft de minister van VWS geen goed zicht op de rechtmatigheid van deze uitgaven in de zorg. Ook heeft zij geen zekerheid of ziekenhuizen daadwerkelijk recht hadden op de betaalde transitiebedragen. Het is van groot publiek belang dat de zorguitgaven goed worden beheerst en dat de zorgpremies die burgers betalen rechtmatig worden besteed.

Transitiemodel kan leiden tot calculerend gedrag

Het transitiemodel is zo opgesteld, dat dit calculerend gedrag bij zorgaanbieders kan oproepen. In 2012 concludeert de NZa bij een evaluatie al dat het transitiemodel de mogelijkheid biedt om financieel voordeel na te streven. In de praktijk zien wij dit terug bij de waardering van het onderhandenwerk. De NZa heeft niet bepaald hoe het onderhandenwerk gewaardeerd moet worden. Hierdoor hebben zorgaanbieders de ruimte gekregen om de DBC-omzet te verschuiven van 2012 naar 2011, waardoor het transitiebedrag hoger wordt. Dit leggen wij verder uit bij het tabblad 'achtergrondinformatie'.

Afwikkeling transitiemodel is zeer complex

De vaststelling van de transitiebedragen is een ingewikkelde opgave gebleken. Ondanks inspanningen om het transitiemodel af te wikkelen, is er geen zekerheid gekomen over de onderliggende cijfers. Ook zijn nog niet voor alle instellingen de transitiebedragen definitief gemaakt. Bij het instellen van het transitiemodel hebben het Ministerie van VWS en de veldpartijen onvoldoende zicht gehad op de complexe uitvoering bij het transitiemodel.

Onzekerheden moeten in de toekomst voorkomen worden

De onzekerheden rondom het transitiemodel hebben veel tijd en energie gevraagd van alle betrokken partijen in de zorg. Ondanks deze inspanningen zijn de onzekerheden niet weggenomen. Op basis van de huidige beschikbare informatie en beleidsbeslissingen gaat dat ook niet gebeuren. Ondanks de resterende onzekerheid, vinden we het belangrijk om nu de blik vooruit te richten. Dan kunnen alle partijen zich weer richten op waar het in de zorg om gaat: goede en betaalbare zorg verlenen.

Het is wel van belang dat de minister van VWS transparant maakt waar nog sprake is van onzekerheid in de onderliggende cijfers en dat transparant wordt welke consequenties deze onzekerheden hebben, bijvoorbeeld voor het Zorgverzekeringsfonds. Daarmee krijgt de Tweede Kamer de informatie die nodig is om vast te stellen in hoeverre het FBZ een juist beeld geeft van de rechtmatig verleende zorg.
De minister van VWS zou lessen moeten trekken uit deze problemen, bijvoorbeeld over wanneer overgangsmodellen ingesteld worden en hoe deze worden vormgegeven.

Aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer

Wij bevelen de minister van VWS aan om:

- aan te geven welke onzekerheden er zitten in de onderliggende cijfers van het transitiemodel;
- bij beslissingen over het instellen van overgangsmodellen, de uitvoerbaarheid en haalbaarheid mee te nemen als zwaarwegende factor.

Reactie van de minister
De minister van VWS geeft aan dat zij voor het vaststellen van de transitiebedragen de NZa heeft verzocht de onzekerheden bij de DBC-omzet te accepteren. Dit heeft zij gedaan omdat aanvullend omzetonderzoek ertoe zou leiden dat de transitiebedragen niet zouden kunnen worden verantwoord in de jaarrekening 2013 en omdat correcties uit het aanvullend omzetonderzoek via het transitiemodel terugvloeien naar de instellingen.

De minister merkt op dat de transitiebedragen zelf niet onzeker zijn. Wel zit er onzekerheid in de onderliggende DBC-omzet. De minister en de NZa hebben dit ook expliciet benoemd en de minister zal dit ook aangeven vanaf de begroting over 2016.

De minister geeft verder aan dat uitvoerbaarheid en haalbaarheid zwaarwegende factoren zijn bij beslissingen over het instellen van overgangsmodellen. De minister neemt de ervaring van de complexe uitvoering van het transitiemodel mee in het geval van eventuele toekomstige overgangsmodellen.
Lees de volledige reactie op verantwoordingsonderzoek.rekenkamer.nl

Achtergrondinformatie
Hieronder gaan wij in op het transitiemodel en op de resterende onzekerheden in de cijfers.

Transitiemodel ingesteld vanwege wijziging in bekostiging
Zorgaanbieders in de medisch specialistische zorg (zoals ziekenhuizen) worden vanaf 2012 op een andere manier bekostigd. Tot 2012 ontvingen zorgaanbieders voor een belangrijk deel van de zorg een budget (voor circa 70% van de geleverde zorg). De hoogte van dit zogenaamde Functionele Budget werd bepaald op basis van een inschatting die een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar maakten over (productie)parameters, zoals polikliniekbezoeken en het aantal inwoners in het verzorgingsgebied. Met ingang van 2012 is het Functionele Budget afgeschaft. Een belangrijk deel van de ziekenhuisinkomsten wordt nu bepaald door de DBC-omzet. Met het afschaffen van het Functioneel

Budget heeft de minister in 2012 volledige prestatiebekostiging ingevoerd.

Transitiemodel dempt verschil in omzet
De kern van het transitiemodel is dat de omzet die een zorgaanbieder behaalt bij het nieuwe systeem van volledige prestatiebekostiging wordt vergeleken met de omzet die zou zijn behaald in het oude systeem van het Functioneel Budget. Het verschil tussen beide wordt grotendeels gecompenseerd: een deel in 2012 en een deel in 2013. Voor een kleine groep instellingen is er ook in 2014 een transitiebedrag. De zorgaanbieder ontvangt een groot deel van het verschil (wanneer de bekostiging op basis van het Functioneel Budget hoger was geweest dan bij volledige prestatiebekostiging), of moet een groot deel van het verschil afdragen (wanneer de bekostiging op basis van het Functioneel Budget lager was geweest dan bij volledige prestatiebekostiging).

Transitiebedrag wordt bepaald op basis van 2 budgetten
Om het transitiebedrag te bepalen, wordt gekeken hoeveel een zorgaanbieder in 2012 zou hebben verdiend onder het oude systeem en onder het nieuwe systeem. Hiervoor worden 2 budgetten opgesteld. Allereerst het schaduwbudget, dat van bekostiging op basis van het Functioneel Budget uitgaat. Ten tweede de omzet uit prestatiebekostiging, dat van prestatiebekostiging uitgaat. Het schaduwbudget en de omzet uit prestatiebekostiging worden met elkaar vergeleken om te komen tot het transitiebedrag:
Transitiebedrag = schaduwbudget – omzet uit prestatiebekostiging

Circa 70% van de zorg wordt meegenomen in het transitiemodel
Alleen de zorg die in 2011 nog onder het Functioneel Budget viel, wordt meegenomen in het transitiemodel. Dit is circa 70% van de zorg in 2011. De overige 30% van de zorg werd in 2011 ook al bekostigd via prestatiebekostiging. Deze zorg valt buiten het transitiemodel.

Uitbetaling transitiebedrag
Het transitiebedrag wordt bepaald op basis van het verschil tussen het schaduwbudget en de DBC-omzet uit prestatiebekostiging 2012. Op basis van dit transitiebedrag krijgt een zorgaanbieder 2 verrekenbedragen uitbetaald. Over 2012 wordt het transitiebedrag voor 95% verrekend, over 2013 voor 70%. In 2013 wordt de 70% berekend op basis van het over 2012 vastgestelde transitiebedrag. Er wordt dus alleen een vergelijking gemaakt tussen het schaduwbudget en de omzet uit prestatiebekostiging in 2012. Voor een kleine groep instellingen is er ook in 2014 een transitiebedrag.

Van aanvraag tot betaling uit Zorgverzekeringsfonds
Een zorgaanbieder en zorgverzekeraar doen bij voorkeur samen een aanvraag voor het transitiebedrag. Als de zorgaanbieder en zorgverzekeraars het niet eens worden over de hoogte van het transitiebedrag, kunnen ze allebei een aparte aanvraag indienen. De NZa beoordeelt vervolgens de aanvraag aan de hand van de beleidsregels. De NZa neemt vervolgens een beslissing over de aanvraag en bepaalt het transitiebedrag. Op basis van het transitiebedrag wordt het bedrag voor 2012 bepaald (95%) en het bedrag voor 2013 (70%). De NZa geeft voor deze bedragen beschikkingen af aan de zorgaanbieder. Als de zorgaanbieder een beschikking heeft voor een positief bedrag, kan de zorgaanbieder dit bedrag uitgekeerd krijgen uit het Zorgverzekeringsfonds. Als de zorgaanbieder een beschikking heeft voor een negatief bedrag, moet hij dit bedrag betalen aan het Zorgverzekeringsfonds.

Onzekerheden transitiebedragen in DBC-omzet én schaduwbudget
De cijfers waarop het transitiebedrag is gebaseerd, zijn onzeker. Dit bleek toen accountants bij vrijwel alle aanvragen voor transitiebedragen een controleverklaring met beperkingen hebben gevoegd. De onzekerheid zit zowel in de DBC-omzet als in het schaduwbudget. Hieronder lichten wij deze onzekerheden verder toe.

1) Onzekerheden bij de DBC-omzet
Er zijn nog steeds onzekerheden over de juistheid van de DBC-omzet in 2012 die meegenomen wordt in de transitiebedragen (de 70% van de zorg die in 2011 onder het Functioneel Budget viel). Dit komt doordat deze DBC-omzet niet opnieuw is onderzocht op juistheid. Voor de andere 30% van de DBC-omzet uit 2012 en voor de hele DBC-omzet in 2013 is een intensief herstelprogramma in de vorm van een 'aanvullend omzetonderzoek' uitgevoerd. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben de DBC-omzet daarin opnieuw gecontroleerd. Dat is niet gedaan bij de DBC-omzet van het transitiebedrag. Dit heeft 2 redenen.

Ten eerste is afgesproken bij de bestuurlijke afspraken rond het aanvullend DBC-omzetonderzoek dat het transitiebedrag vastgesteld zou worden voor 1 december 2014, zodat de vastgestelde transitiebedragen kunnen worden meegenomen in de jaarrekening 2013. Als zou worden gewacht tot het aanvullend omzetonderzoek afgerond was, zouden de transitiebedragen niet kunnen landen in de jaarrekening 2013. Dat zou de onzekerheid rondom deze jaarrekeningen niet wegnemen.

Ten tweede is de zorg die in 2011 onder het Functioneel Budget viel geen onderdeel geweest van het aanvullend omzetonderzoek, omdat de correcties die voort zouden komen uit dit onderzoek, via het transitiemodel terug zouden gaan naar de instellingen. Dit lichten wij hieronder toe.

De minister van VWS heeft aan de NZa aangegeven dat de NZa deze onzekerheden rondom de DBC-omzet mag accepteren. Dit heeft de NZa ook in haar brief van december van 2014 geschreven, die de minister van VWS aan de Tweede Kamer heeft verstuurd.

Toelichting
Het transitiebedrag wordt bepaald op basis van het schaduwbudget min de DBC-omzet uit prestatiebekostiging 2012. Op basis van dit transitiebedrag krijgt een zorgaanbieder 2 verrekenbedragen uitbetaald. Over 2012 wordt het transitiebedrag voor 95% verrekend, over 2013 voor 70%. Als de DBC-omzet die relevant is voor het transitiemodel onderdeel zou zijn van het aanvullend DBC-omzetonderzoek, zouden DBC's afgekeurd kunnen worden. Dit betekent dat de DBC-omzet lager wordt. Doordat de DBC-omzet lager wordt, wordt het transitiebedrag hoger. Omdat het transitiebedrag 2 keer wordt verrekend, krijgt een instelling dit bedrag 2 keer terug. Namelijk 1 keer in 2012, voor 95% en 1 keer in 2013, voor 70%. Bij elkaar wordt dit dus voor 165% verrekend. Als in het aanvullend DBC-omzetonderzoek blijkt dat een DBC onterecht is gedeclareerd, wordt deze afgetrokken van de DBC-omzet. De DBC-omzet wordt lager, met als gevolg een stijging van het transitiebedrag, die zich voor 165% uitbetaald.

2) Onzekerheden bij het schaduwbudget
Naast onzekerheden in de DBC-omzet, zijn er ook onzekerheden in het schaduwbudget. Accountants hebben een verklaring met beperking afgegeven bij het schaduwbudget. Dit hadden ze bij de voorlopige aanvraag niet gedaan. Accountants noemen 2 punten die hebben geleid tot de verklaring met beperking.

A) Onzekerheid actualisatie FB-parameters
Accountants vinden het onduidelijk of de functiegerichte budgettering-parameters (FB-parameters, op basis van deze parameters wordt het schaduwbudget bepaald), moeten worden geactualiseerd. De Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA) heeft dit verder toegelicht. De NBA geeft aan dat, wanneer de FB-parameters zijn geactualiseerd, de opgegeven aantallen de realisatie niet overschrijden. De NBA noemt dat de aantallen correct zijn volgens de beleidsregel, wanneer er is geactualiseerd. Op basis van deze toelichting heeft de NZa

besloten dat er geen onzekerheid is bij het schaduwbudget, wanneer de FB-parameters zijn geactualiseerd.

Bij instellingen waar de FB-parameters niet waren geactualiseerd, heeft de NZa gevraagd of de instellingen door middel van een bestuurlijke verklaring kunnen bevestigen dat de opgevoerde FB-parameters niet hoger zijn dan de geactualiseerde realisatie. Als instellingen dit doen, en een specificatie van de geactualiseerde realisatie aanleveren vindt de NZa dat dit hen voldoende zekerheid geeft over het schaduwbudget.
Een beperkt deel van de instellingen kon de door de NZa gevraagde informatie niet meer uit de administratie afleiden. Voor deze instellingen kan er geen zekerheid worden verkregen en moet de NZa ambtshalve een besluit nemen over de hoogte van het transitiebedrag.

B) Onzekerheid in waardering onderhandenwerk
Accountants zijn onzeker over de manier waarop het onderhandenwerk moet worden gewaardeerd. Het onderhandenwerk zijn de werkzaamheden (DBC's) die bij afsluiten van boekjaar nog doorlopen, zoals een behandeling die over de jaargrens heen loopt. Volgens de handreiking omzetverantwoording 2013 zijn er verschillende manieren waarop het onderhandenwerk gewaardeerd kan worden: op basis van het tussentijds afgeleide product (huidige opbrengstwaarde), op basis van de te verwachten eindproducten (verwachte opbrengstwaarde), of op basis van de kostprijs van zorgactiviteiten behorend tot openstaande zorgproducten per balansdatum. De manier waarop het onderhandenwerk ultimo 2011 gewaardeerd wordt, heeft gevolgen voor de hoogte van het transitiebedrag. Als er wordt gewaardeerd op basis van verwachte opbrengstwaarde in plaats van kostprijs, betekent dit dat de omzet tussen 2012 en 2011 kan verschuiven. DBC's die overlopen van 2011 naar 2012 worden dan bijvoorbeeld vooral geboekt op 2011. Als dit gebeurt, stijgt de omzet 2011, waardoor de omzet in 2012 daalt. Daardoor wordt het transitiebedrag hoger.

De NBA geeft aan dat tot en met 2011 het gangbaar was om het onderhandenwerk te waarderen op basis van kostprijs. In de richtlijnen voor de jaarverslaggeving (RJ-richtlijnen) wordt echter de voorkeur gegeven aan het waarderen op basis van opbrengstwaarde. De NZa heeft geen nadere regels gesteld over de manier waarop het onderhandenwerk moet worden gewaardeerd. De NZa schreef wel een bestendige gedragslijn voor; volgens de Handreiking omzetverantwoording valt de herwaardering van het onderhanden werk in verband met de stelselwijziging binnen de vereiste van de bestendige gedragslijn. Omdat er geen strikte grondslag voor waardering is voorgeschreven, vonden

accountants het onduidelijk hoe ze dit moesten beoordelen. Zij hebben daarom een beperking hiervoor afgegeven. De NZa geeft aan dat een aantal instellingen bij de voorlopige aanvraag van het transitiebedrag al een herwaardering van het onderhanden werk ultimo 2011 had toegepast. Bij de definitieve aanvraag hadden echter veel meer instellingen dit gedaan. Dit leidt in sommige gevallen tot een hoger transitiebedrag.

Als instellingen hun onderhandenwerk op een andere manier waarderen, moeten ze dat toelichten in hun aanvraag voor het transitiemodel. De NZa vindt dat er voldoende zekerheid hierover bestaat, wanneer een instelling een mutatie in het onderhandenwerk heeft toegelicht en uit de toelichting blijkt dat de mutatie niet in strijd is met het NZa-beleid. Als deze mutaties niet zijn toegelicht, heeft de NZa ook hierover meer informatie opgevraagd bij de instellingen. Alle instellingen hebben de mutaties toegelicht en volgens de NZa vormt dit geen belemmering meer in de beoordeling van de aanvraag.

3.3 Plan van aanpak GGZ is goede stap, maar uitvoering is cruciaal

De DBC-omzetverantwoording 2013 in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is onzeker door onduidelijkheid over normen en toepassing van regels. Zorgaanbieders in de GGZ en zorgverzekeraars kwamen daar samen niet goed uit. Daarom hebben het Ministerie van VWS en veldpartijen in de GGZ een plan van aanpak opgesteld om de DBC-omzet in de GGZ op een goede manier te verantwoorden. Dit is een stap in de goede richting. Tegelijkertijd merken we op dat een goede invulling en uitvoering door zorgaanbieders en zorgverzekeraars cruciaal is om de problemen duurzaam op te lossen. Wij maken ons zorgen over of dit gaat lukken. Wij vinden het daarom noodzakelijk dat de minister stevig de vinger aan de pols houdt.

Zorgaanbieders in de curatieve GGZ declareren geleverde zorg bij zorgverzekeraars. Zij declareren dit per DBC zorgproduct (‘diagnosebehandelingscombinatie’, vanaf hier: DBC) en krijgen per DBC een overeengekomen bedrag van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar controleert de declaratie en gaat over tot betaling. Voor zover de geleverde zorg binnen de basisverzekering valt, wordt deze vergoed op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Alle gefactureerde DBC’s tezamen zijn de DBC-omzet. De DBC-omzet vormt een deel van de totale inkomsten van de zorgaanbieder in de curatieve GGZ en is onderdeel van de jaarrekening.

De DBC-omzetcijfers over 2013 zijn onzeker. Het is daarom niet bekend in hoeverre dit geld rechtmatig besteed is, dat wil zeggen: aan zorg die voldoet aan de eisen van de Zvw. Onzekerheden in de DBC-omzetcijfers van zorgaanbieders in de curatieve GGZ zijn niet nieuw, maar zijn prominent in beeld gekomen door de verandering in de bekostiging van de curatieve GGZ. Wij leggen hieronder uit hoe deze bekostiging is veranderd.

Vanaf 2013: verandering bekostiging curatieve GGZ
De curatieve GGZ is in 2008 overgegaan van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zvw. Een grote groep instellingen in de curatieve GGZ werd echter tot en met 2012 nog steeds bekostigd op basis van budgetparameters uit de AWBZ-tijd. Deze groep instellingen worden de ‘gebudgetteerde instellingen’ genoemd en beslaan het grootste deel van de curatieve GGZ. Deze zorgaanbieders declareerden wel DBC’s, maar dit diende alleen ter vulling van het

budget. In het tabblad 'achtergrondinformatie' beschrijven wij om welke instellingen dit gaat.
Vanaf 2013 zijn deze zorgaanbieders in de GGZ overgegaan op prestatiebekostiging. Dat wil zeggen dat zij niet meer bekostigd worden op basis van budgetparameters, maar dat zij worden bekostigd op basis van de DBC's die zij declareren.

Accountants kunnen DBC-omzet 2013 niet vaststellen
Accountants konden de DBC-omzet van de zorgaanbieders in de curatieve GGZ over 2013 niet goed vaststellen. Er zijn verschillende oorzaken dat accountants de DBC-omzet niet goed kunnen vaststellen. Deze lichten wij toe in het tabblad 'achtergrondinformatie'.

Dit is geen nieuw probleem. Al vanaf 2008 gaven accountants aan dat zij de DBC-omzet niet met zekerheid vast konden stellen. Wat wel nieuw is, is dat accountants aangeven daardoor de jaarrekening niet te kunnen goedkeuren. Dit komt doordat het belang van de DBC-omzet is toegenomen, doordat zorgaanbieders geen budget meer ontvangen. Accountants hebben bij de jaarrekeningen 2013 daarom verklaringen met beperkingen afgegeven.

Als de jaarrekening niet op orde is, zoals nu in de GGZ, kan dit gevolgen hebben voor de bereidheid van banken leningen te verstrekken aan zorgaanbieders in de GGZ, en tegen welke voorwaarden. Voor banken is een jaarrekening met een goedkeurende verklaring namelijk belangrijk, omdat dit een beeld geeft van de financiële positie van de zorgaanbieder.

Onzekerheden in de DBC-omzet werken door bij zorgverzekeraars, in risicoverevening en in Financieel Beeld Zorg
De onzekerheden in de DBC-omzet werken door in de 'schadelast' (omzet) van de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars sturen hun schadelast door naar het Zorginstituut Nederland. Het Zorginstituut voert op basis van een deel van de schadelast de risicoverevening tussen zorgverzekeraars uit. Omdat de schadelast nog onzeker is, heeft dit gevolgen voor de risicoverevening. Het is nog onduidelijk hoe de risicoverevening uitgevoerd gaat worden.

Het Zorginstituut aggregeert de schadelastcijfers van zorgverzekeraars en rapporteert hierover aan de minister van VWS, die deze cijfers gebruikt voor het Financieel Beeld Zorg. De onzekerheden werken dus ook door in de geaggregeerde cijfers die de minister presenteert in het jaarverslag.

Plan van aanpak om problemen op te lossen

Om de problemen in de DBC-omzetverantwoording op te lossen, hebben het Ministerie van VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorgverzekeraars Nederland, GGZ Nederland en de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants een plan van aanpak opgesteld. In december 2014 is dit plan van aanpak naar de Tweede Kamer gestuurd. Het plan van aanpak heeft 2 doelen: het verduidelijken van de declaratienormen om tot een goedkeurende verklaring bij de jaarrekening 2014 te komen; en het maken van afspraken om problemen in de toekomst te voorkomen.

Plan van aanpak is stap in de goede richting

Wij vinden het plan van aanpak dat het Ministerie van VWS en de veldpartijen hebben opgesteld een stap in de goede richting. Partijen geven hiermee aan dat ze een intentie hebben om tot goede afspraken te komen. Deze afspraken zijn echter nog niet allemaal ingevuld in het plan van aanpak. Dit is wel noodzakelijk om de problemen op te lossen. Wij maken ons zorgen of dit gaat lukken. Wij signaleren namelijk 3 risico's bij de uitvoering van het plan van aanpak.

Risico 1: bereiken partijen overeenstemming over invulling plan van aanpak?

In het plan van aanpak zijn afspraken gemaakt om de DBC-omzet van de jaren tot en met 2014 af te wikkelen, zodat er een goedgekeurde jaarrekening over 2014 komt. Deze afspraken zijn echter op hoofdlijnen gemaakt en moeten nog nader ingevuld worden. Om de jaarrekening 2014 goed vast te kunnen stellen, moeten zorgaanbieders in de GGZ en zorgverzekeraars er onderling zien uit te komen. Dit is een risico, omdat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de GGZ bij de totstandkoming van het plan van aanpak niet op alle onderdelen overeenstemming bereikten.

Risico 2: voor 2015 moeten nog knelpunten worden opgelost

In het plan van aanpak zijn afspraken gemaakt voor de komende jaren, om een aantal knelpunten op te lossen. Dit zijn echter alleen procesafspraken, de uitwerking hiervan moet nog gebeuren. Dan gaat het bijvoorbeeld om het opstellen van een protocol voor de Administratieve Organisatie en Interne Controle door zorgaanbieders in de GGZ, het opstellen van normen voor gepast gebruik en het tijdig invullen van de materiële controles door zorgverzekeraars. Als deze knelpunten niet tijdig worden opgelost, kunnen er ook in 2015 problemen in de DBC-omzetverantwoording ontstaan.

Risico 3: in 2015 gaan ook gemeenten onderdeel uitmaken van het speelveld
Voor veel zorgaanbieders in de GGZ geldt dat zij niet alleen te maken hebben met zorgverzekeraars, maar dat zij ook actief zijn in de langdurige GGZ en de Jeugd GGZ. Deze zorgaanbieders kunnen vanaf 2015 ook te maken hebben met gemeenten voor beschermd wonen vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en voor de Jeugd GGZ vanuit de Jeugdwet. Elke gemeente kan weer eigen eisen stellen aan de zorgaanbieder en de manier waarop deze zal verantwoorden. Dit kan grote gevolgen hebben. Waar de zorgaanbieders nu al grote moeite hebben om te verantwoorden naar 9 zorgverzekeraars, zullen ze dat zo meteen ook moeten doen richting veel gemeenten.

Het Ministerie van VWS heeft een werkgroep ‘verantwoording en rechtmatigheid in de hervorming langdurige zorg en Jeugdwet’ ingesteld met GGZ Nederland, Actiz, de Nederlandse Zorgautoriteit, de Nederlandse beroepsvereniging van Accountants, de Vereniging Nederlandse gemeenten en Zorgverzekeraars Nederland. Deze werkgroep moet medio 2015 controleprotocollen en handreikingen opleveren, waardoor accountants de rechtmatigheid van de cijfers kunnen vaststellen. Wij vinden dit laat, omdat dit wel betrekking heeft op alle declaraties over 2015. De consequentie hiervan kan zijn dat met terugwerkende kracht normen worden bepaald voor 2015. Dit kan opnieuw problemen in de omzetverantwoording opleveren.

Cijfers over omzet van groot belang
Het is van groot belang dat de minister van VWS een kloppend beeld heeft van de omzet van zorgaanbieders. Nederlanders betalen, via de verplichte collectieve basisverzekering en de inkomensafhankelijke bijdrage, 4,1 miljard euro per jaar aan de curatieve GGZ. Door de huidige onzekerheden in de DBC-omzet is niet bekend in hoeverre dit geld rechtmatig besteed is, dat wil zeggen: aan zorg die voldoet aan de eisen van de Zvw. Het is een publiek belang dat de zorguitgaven goed worden beheerst en dat de zorgpremies die burgers betalen rechtmatig worden besteed.

Minister moet de goede uitvoering bewaken
De DBC-omzet over 2013 en 2014 is momenteel nog onzeker. Het plan van aanpak is erop gericht om alsnog zekerheid te bieden over deze cijfers. Het plan van aanpak wordt momenteel uitgevoerd. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn hierbij als eerste aan zet. Als zij zekerheid kunnen geven over de omzet 2013 en 2014, biedt dit ook zekerheid voor de GGZ-uitgaven voor zorgverzekeraars, voor de

risicoverevening en in het FBZ. De minister moet daarom een goede uitvoering van het plan van aanpak bewaken.

Wanneer de uitvoering van het plan van aanpak niet leidt tot de beoogde resultaten, bijvoorbeeld omdat zorgaanbieders en zorgverzekeraars het niet samen eens worden, moet de minister van VWS zich alsnog kunnen verantwoorden over de rechtmatigheid van de GGZ-uitgaven. Wij vinden het belangrijk dat de minister in deze situatie naar de Tweede Kamer aangeeft op welke manier zij ervoor gaat zorgen dat de Tweede Kamer toch een goed beeld krijgt van de GGZ-uitgaven.

Aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer
Wij bevelen de minister van VWS aan om:
- de voortgang van het plan van aanpak te bewaken;
- naar de Tweede Kamer duidelijk te maken op welke wijze een goed beeld van de GGZ-uitgaven kan worden verkregen, als het plan van aanpak niet leidt tot de beoogde resultaten.

Reactie van de minister
De minister van VWS geeft aan dat zij de voortgang van het plan van aanpak bewaakt. Zij geeft aan dat het beeld nog steeds is dat instellingen een goedkeurende accountantsverklaring kunnen krijgen bij hun jaarrekening 2014, maar dat een substantieel aantal instellingen daarvoor meer tijd nodig heeft. De minister zal daarom generiek uitstel verlenen voor het deponeren van de jaarrekeningen.

De minister geeft aan dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders een belangrijke stap hebben gezet in de voortgang van het plan van aanpak, door gezamenlijk een uniforme lijst met 27 controlepunten en een uniforme controleaanpak voor hun controles over 2013 op te stellen. Het blijft de komende tijd van belang dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders constructief samen blijven werken aan de uitvoering van het plan van aanpak. De minister houdt hierbij vinger aan de pols.

De minister geeft daarnaast aan dat er een versnelling is gerealiseerd in het opleveren van controleprotocollen en handreikingen voor gemeenten voor 2015.
De minister verwacht dat met het plan van aanpak de voorwaarden worden geschapen om een goed beeld te krijgen van de GGZ-uitgaven.
Als dat onverhoopt toch niet lukt, moet op dat moment worden geanalyseerd wat daar de oorzaak van is, zodat daar gerichte maatregelen op kunnen worden genomen.
Lees de volledige reactie op verantwoordingsonderzoek.rekenkamer.nl

Achtergrondinformatie

Problemen spelen bij voorheen gebudgetteerde instellingen in curatieve GGZ

De problemen in de omzetverantwoording gelden voor de voorheen gebudgetteerde instellingen in de curatieve GGZ. Dit zijn instellingen in de curatieve GGZ, het deel van de GGZ dat gericht is op het genezen van psychische klachten. Naast instellingen in de curatieve GGZ, zijn er ook instellingen in de langdurige GGZ, het deel van de GGZ dat bedoeld is voor cliënten met zwaardere psychische klachten, die voor langere tijd behandeld worden en daarbij verblijven in een instelling, of die beschermd wonen.

Binnen de curatieve GGZ zijn er 3 groepen zorgaanbieders:

- Vrijgevestigden, bijvoorbeeld psychologen met een eigen praktijk;
- Instellingen die al actief waren voor 2008;
- Instellingen die pas na 2008 actief zijn geworden.

Voor dit onderzoek hebben wij alleen gekeken naar de voorheen gebudgetteerde instellingen. Toen in 2008 de curatieve GGZ overging naar de Zorgverzekeringswet (Zvw), zijn alle vrijgevestigden gelijk overgegaan op een nieuwe manier van bekostiging: prestatiebekostiging. Dit geldt ook voor de instellingen die pas na 2008 actief zijn geworden. De groep instellingen, die al actief waren voor 2008, zijn pas per één januari 2013 overgegaan op prestatiebekostiging. Deze instellingen worden de voorheen gebudgetteerde instellingen genoemd. Bij deze instellingen spelen de problemen rondom de omzetverantwoording.

De voorheen gebudgetteerde instellingen betreft 150-160 instellingen. Deze groep instellingen valt uiteen in 3 categorieën:

- 40-50 ambulante aanbieders die alleen curatieve GGZ leveren en niet behoren tot een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis;
- 70 aanbieders die zowel in de curatieve als de langdurige GGZ actief zijn;
- 40 psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen.

4 groepen knelpunten in de DBC-omzetverantwoording

In de GGZ zijn er verschillende knelpunten, die ertoe leiden dat de DBC-omzet niet goed vastgesteld kan worden. Wij onderscheiden 4 groepen knelpunten: knelpunten inherent aan de GGZ, knelpunten door de wijze van bekostiging, knelpunten door onduidelijke normen en knelpunten door verschillende normen. Hieronder gaan wij deze groepen knelpunten

bij langs. Wij illustreren sommige knelpunten aan de hand van de verwijsregistratie (zie voorbeeld).

Voorbeeld verwijsregistratie
Veel vormen van GGZ zijn niet vrij toegankelijk voor verzekerden. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld de huisarts, waar iedereen rechtstreeks naartoe kan. Voor de GGZ is een verwijzing nodig, bijvoorbeeld van de huisarts, om toegang te verkrijgen. In de Zvw is bepaald dat in ieder geval de huisarts en de medisch specialist moet kunnen verwijzen. Verder is het aan zorgverzekeraars om dit nader in te vullen.

1) Knelpunten inherent aan de GGZ

Er zijn 2 knelpunten die direct te maken hebben met de eigenschappen van de GGZ-sector:

- De cliëntgroep voldoet niet altijd aan de ‘verplichtingen’: in de GGZ is sprake van een specifieke groep cliënten, vaak kwetsbare mensen, die niet altijd voldoen aan ‘verplichtingen’ die worden gesteld aan cliënten, zoals het hebben van een huisarts, identiteitsbewijs of zorgverzekering (zie voorbeeld);
- Onvoorspelbare behandelingen: In de GGZ is een diagnose soms moeilijk te stellen, waardoor de voorspelbaarheid van de behandeling laag is. Dit kan leiden tot DBC’s die veranderen, of eerder stopgezet worden.

Voorbeeld verwijsregistratie
Voor een behandeling is een verwijzing door de huisarts (of medisch specialist) vaak nodig. Als de cliënt geen huisarts heeft, dus geen verwijzing, leidt dit tot problemen bij de declaratie voor de DBC. Dit wil niet zeggen dat de cliënt geen zorg nodig heeft, maar wel dat de GGZ-instelling niet voldoet aan de eisen voor de declaratie.

2) Knelpunten door de wijze van bekostiging

Er zijn 3 knelpunten in de omzetverantwoording, die worden veroorzaakt door de huidige wijze van bekostiging:

- Lange doorlooptijd van DBC’s en bepalen van het onderhandenwerk: DBC’s in de GGZ kunnen maximaal een jaar open staan. Ook in de praktijk is de doorlooptijd van een DBC relatief lang: gemiddeld 8-10 maanden. Hierdoor worden weinig DBC’s binnen het boekjaar afgesloten. Een instelling heeft daardoor een relatief grote post onderhanden werk. Dit leidt tot schattingsonzekerheden: het is moeilijk voor GGZ-instellingen om te bepalen aan welk jaar DBC’s moeten worden toegerekend.
- Controles van de zorgverzekeraars kunnen 5 jaar terug gaan: Zorgverzekeraars zijn verplicht materiële controles uit te voeren op declaraties van GGZ-instellingen. Deze controles mogen ze tot 5 jaar

nadat de declaratie is ingediend uitvoeren. De controles kunnen leiden tot aanpassingen in de DBC-omzet. Doordat zorgverzekeraars vaak later controleren dan de afsluiting van het boekjaar, hebben GGZ-instelling schattingsonzekerheid over hoeveel declaraties worden geaccepteerd.
- Inzet van het MBI is onzeker: Het macrobeheersinstrument (MBI) is een instrument, waarmee overschrijdingen op het macrobudgettair kader teruggevorderd kunnen worden bij de GGZ-instellingen. De minister kan het MBI inzetten, maar hoeft dit niet te doen. Inzet van het MBI heeft effect op de zekerheid van de omzet.

3) Knelpunten door onduidelijke normen

Er zijn 4 knelpunten in de omzetverantwoording, die worden veroorzaakt door onduidelijke normen:
- Open normen leiden tot verwarring: De NZa heeft bewust een aantal normen niet (verder) ingevuld, zodat partijen hierbij vrijheid hebben. Maar voor GGZ-instellingen en zorgverzekeraars was het niet altijd duidelijk dat er inderdaad geen verdere wettelijke eisen zijn. Hierdoor was het onduidelijk of de declaraties juist waren of niet en mochten worden toegerekend aan de omzet (zie voorbeeld 1).
- Standpunten leveren nadere duiding: Er is volgens accountants (pdf) sprake van een voortdurende aanscherping van het verzekerd pakket door standpunten en pakketmaatregelen van het Zorginstituut Nederland, waarbij het voor hen niet duidelijk is in hoeverre sprake is van terugwerkende kracht. Dit is dan moeilijk te registreren en controleren voor de voorafgaande jaren.
- Ontbreken AO/IC: De NZa heeft de regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle (AO/IC) DBC GGZ afgeschaft in 2013. Veldpartijen wilden een convenant AO/IC met elkaar afspreken, maar dit is tot nu toe niet gelukt. Doordat er geen convenant AO/IC is, is het voor zorgverzekeraars onbekend hoe de interne controles van instellingen ingericht zijn. Zorgverzekeraars zullen dan zelf meer controleren.
- Onduidelijkheid of in 2013 de eisen van de representerende zorgverzekeraar of de individuele zorgverzekeraar gelden: Per 1 januari 2014 is het representatiemodel in de curatieve GGZ vervallen. Vanaf 2014 maken GGZ-instellingen afspraken met de afzonderlijke zorgverzekeraars. In 2013 maakten GGZ-instellingen echter nog afspraken met de representerende zorgverzekeraar. De representerende zorgverzekeraar kan andere normen hebben dan een afzonderlijke zorgverzekeraar. Dit gaf onduidelijkheid voor GGZ-instellingen over welke normen gevolgd moeten worden. De afspraken werden namelijk gemaakt met de representerende

zorgverzekeraar, maar de individuele zorgverzekeraars voeren de materiële controles uit (zie voorbeeld 2).

Voorbeeld 1 verwijsregistratie
Bij zorgverzekeraars en GGZ-instellingen was er onduidelijkheid over hoe lang een verwijzing geldig is. De NZa heeft in haar circulaire CI/14/55c aangegeven dat aanbieders en verzekeraars hier zelf afspraken over mogen maken. Ook was er onduidelijkheid over of de verwijzing aanwezig moet zijn voor de behandeling start. De NZa heeft in haar circulaire aangegeven dat er spoedeisende situaties zijn waarbij een verwijzing vooraf niet mogelijk is en de verzekeraar de declaratie moet goedkeuren.

Voorbeeld 2 verwijsregistratie
Zorgverzekeraars mogen verschillende eisen stellen aan hoe de verwijsregistratie eruit moet zien. In 2013 was er sprake van een representerende verzekeraar, die afspraken maakte met GGZ-instellingen. Deze representerende verzekeraar kan echter andere eisen stellen dan de afzonderlijke verzekeraars. Voor GGZ-instellingen was het niet altijd duidelijk aan welke eisen zij moeten voldoen.

4) Knelpunten door verschillende normen

Er zijn 4 knelpunten in de omzetverantwoording door de verschillende normen die (onder andere) zorgverzekeraars mogen stellen aan de registraties en behandelingen van GGZ-instellingen:

- Zorgverzekeraars moeten zich onderscheiden: binnen de publieke normen van de NZa mogen zorgverzekeraars private normen stellen. Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij met elkaar concurreren. Dit kan ertoe leiden dat zij verschillende eisen stellen. In de GGZ zijn er nog weinig aspecten waarop zorgverzekeraars zich kunnen onderscheiden. Zij hebben weinig informatie over kwaliteit van behandelingen en weten, in verband met de privacywetgeving, inhoudelijk weinig over de behandelingen. Om zich toch te onderscheiden, sturen zorgverzekeraars daarom op aspecten waar zij wel informatie over hebben, bijvoorbeeld het hoofdbehandelaarschap en de verwijsregistratie (zie voorbeeld).
- Instellingen hebben te maken met verschillende partijen: Veel GGZ-instellingen zijn niet alleen actief in de curatieve GGZ, maar ook in bijvoorbeeld de langdurige GGZ. Naast zorgverzekeraars, kunnen dan ook andere partijen normen stellen. Dit kan het ministerie van VenJ zijn, dat forensische GGZ inkoopt. Of zorgkantoren, voor de langdurige GGZ. Vanaf 2015 krijgen GGZ-instellingen ook te maken met gemeenten, voor de Jeugd GGZ en de Wmo beschermd wonen.
- Registratiesystemen zijn niet op orde en administratieve lasten: Deze verschillende normen leiden ertoe dat een GGZ-instelling per inkoper verschillende dingen moet registreren en dat er verschillende eisen

worden gesteld aan een behandeling. Dit leidt tot een grote registratielast bij GGZ-instellingen. Tegelijkertijd zijn de systemen van GGZ-instellingen vaak nog niet ingericht op deze registratie-eisen, waardoor de registraties niet conform de regels zijn.

- Eerdere coulance, maar nu strenge controle: Eerder werden de normen van zorgverzekeraars in de praktijk niet altijd gehandhaafd. De laatste jaren ligt echter meer druk op zorgverzekeraars om streng te controleren. Deze druk komt onder andere voort uit de discussie over zorgfraude in de maatschappij en de politiek. Het Ministerie van VWS en de Tweede Kamer willen hard optreden tegen fraude en zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol in het controleren van declaraties. Hierdoor ligt er grote druk op zorgverzekeraars om te controleren. Waar ze eerder coulant waren of minder controles uitvoerden, zullen zij nu meer handhaven. Omdat verzekeraars meer risico dragen is controleren en handhaven van de afspraken financieel aantrekkelijk geworden.

Voorbeeld verwijsregistratie
Volgens de Zvw mogen zorgverzekeraars bepalen wie de verwijzer mag zijn (alleen de huisarts is wettelijk verplicht als verwijzer). Zorgverzekeraars verschillen dan ook in de verwijzers die zij accepteren en de vorm van de verwijzing die zij vragen. Zo mag bijvoorbeeld bureau Jeugdzorg bij VGZ en DSW wel verwijzen naar de GGZ, maar bij Achmea, CZ en Menzis niet. Dit betekent dat voor sommige patiënten alsnog een verwijzing van de huisarts noodzakelijk is.

3.4 Zorgakkoord leidt nog niet tot beheerste groei ziekenhuisuitgaven

De minister van VWS heeft de laatste jaren meerdere akkoorden gesloten met veldpartijen in de zorg. De minister beschouwt het sluiten van akkoorden als een belangrijk instrument om de kwaliteit en financiële houdbaarheid van de zorg te verbeteren. De minister kan de verantwoording over de zorgakkoorden verbeteren, door aan te geven wat de oorzaken zijn van over- en onderschrijdingen. Voor de medisch specialistische zorg (vanaf hier ziekenhuizen) geldt dat het zorgakkoord nog niet leidt tot de gewenste beheerste uitgavengroei, zoals in het zorgakkoord benoemd.

De minister van VWS heeft de laatste jaren meerdere akkoorden gesloten met veldpartijen in de zorg. De minister beschouwt het sluiten van akkoorden als een belangrijk instrument om de kwaliteit en financiële houdbaarheid van de zorg te verbeteren. In het tabblad ‘achtergrondinformatie’ geven wij aan welke akkoorden de minister heeft gesloten. Hieronder gaan wij eerst in op de wijze waarop de minister zich verantwoordt over de zorgakkoorden. Vervolgens gaan wij in op de overschrijding bij het zorgakkoord voor de ziekenhuizen.

Belangrijk dat minister zich verantwoordt over zorgakkoorden
Het is van belang dat de minister van VWS zich in de begrotingen en jaarverslagen verantwoordt over de financiële afspraken die ze in de zorgakkoorden heeft gemaakt. Deze informatie moet toegankelijk en begrijpelijk zijn voor de gebruikers, zoals beleidsmakers en leden van de Tweede Kamer.

Financiële afspraken goed verwerkt in jaarverslag 2014
Wij constateren dat in het jaarverslag 2014 de financiële afspraken uit de akkoorden en de resultaten hiervan voor het eerst overzichtelijk zijn gepresenteerd. Gezien het belang van de akkoorden in de beheersing van de zorguitgaven vinden wij dit een positieve ontwikkeling.

In onderstaande tabel geven wij de over- en onderschrijdingen over 2012, 2013 en 2014 weer van de verschillende zorgakkoorden, zoals deze zijn opgenomen in het jaarverslag 2014.

Tabel 1 Over- en onderschrijdingen zorgakkoorden 2012, 2013, 2014, in miljoen euro

Akkoord	2012	2013	2014
Ziekenhuizen	512	592	nnb
Huisartsen	-40	- 66 *	- 26*
Vrijgevestigde medisch specialisten	-44	nnb	nnb
Geneeskundige-GGZ	**	-47	nnb

nnb: nog niet bekend

* Ook multidisciplinaire zorgverlening

** geen akkoord

Toelichting oorzaken over- en onderschrijdingen beperkt

De minister verantwoordt zich in het jaarverslag over de over- en onderschrijdingen van de zorgakkoorden. De oorzaken van de over- en onderschrijdingen licht zij echter maar beperkt toe. Wij vinden het belangrijk dat de minister van VWS in het jaarverslag zich hierover verantwoordt. Het belang hiervan lichten wij toe in ons rapport Uitgavenbeheersing in de zorg. Vooral de forse overschrijding van het zorgakkoord bij de ziekenhuizen roept vragen op over de oorzaken hiervan.

Zorgakkoord ziekenhuizen fors overschreden

De doelstelling uit het zorgakkoord bij de ziekenhuizen is overschreden met 512 miljoen euro in 2012 en 592 miljoen euro in 2013. Het jaarverslag meldt alleen de transitiebedragen als oorzaak van de overschrijding. De bedragen uit het transitiemodel zijn 442 miljoen euro in 2012 en 350 miljoen euro in 2013 (voor de hele transitieperiode 2012-2014 komt het bedrag uit op 820 miljoen euro). De minister licht in het jaarverslag de hoogte van de transitiebedragen niet toe. Ook de brief van de NZa van 5 maart 2015 over de definitieve vaststelling van de transitiebedragen geeft geen sluitende verklaring voor de omvang van de transitiebedragen.

De minister van VWS heeft besloten dat de overschrijdingen die voortkomen uit de transitiebedragen niet meetellen voor de inzet van de beheersmaatregelen. Vanuit het oogpunt van beheersing van de ziekenhuisuitgaven is dit niet logisch. De minister heeft zelf aangegeven dat de transitiebedragen onderdeel zijn van het budgettair kader van het zorgakkoord bij ziekenhuizen. Door de transitiebedragen buiten de beheersmaatregel te laten, groeit de sector harder dan beoogd.

De overschrijding wordt opgevangen door meevallers elders, zoals bij de uitgaven geneesmiddelen.

Overschrijdingen deels verhaald op ziekenhuizen
Naast de transitiebedragen is het kader met 70 miljoen euro overschreden in 2012 en met 242 miljoen euro in 2013. Volgens de afspraken in het zorgakkoord bij de ziekenhuizen had de minister van VWS het (generieke) macrobeheersinstrument (MBI) kunnen inzetten om zo de overschrijdingen terug te vorderen bij de ziekenhuizen. De minister heeft echter gekozen voor een andere beheersmaatregel, te weten een eenmalige verlaging van het beschikbare macrokader voor 2016. De keuze voor de beheersmaatregel heeft de minister toegelicht in het jaarverslag en de brief over het macrobeheersmodel instellingen voor medisch specialistische zorg 2012 en 2013 van 31 maart 2015.

Deze verlaging van het macrokader voor 2016 heeft alleen betrekking op de overschrijding uit 2012 van 70 miljoen euro. Voor de overschrijding uit 2013 geeft de minister aan dat ze mogelijk het MBI inzet of eenmalig het macrokader 2017 verlaagt. De beslissing hierover heeft de minister uitgesteld tot uiterlijk mei 2016. De minister wil eigenlijk graag een jaar na de overschrijding een beslissing nemen over de inzet van het MBI om ziekenhuizen zo snel mogelijk zekerheid te bieden. Dit blijkt echter nog niet mogelijk voor de beslissing over de inzet van het MBI over 2013, omdat de cijfers over de ziekenhuisuitgaven nog lang onzeker zijn. Of dit voor mogelijke toekomstige overschrijdingen wel eerder kan zal moeten blijken.

Zorgakkoord ziekenhuizen leidt nog niet tot gematigde uitgavengroei
De gezamenlijke ambitie van de ondertekenaars van het zorgakkoord bij de ziekenhuizen was om de uitgavengroei die voor 2011 op nominaal 6 à 7% per jaar lag terug te brengen naar een significant lager niveau. Tabel 2 laat zien dat de nominale groei (zonder loon- en prijsbijstellingen) in 2012 en 2013 beneden de 6% ligt maar toch aanzienlijk hoger is dan beoogd. Gezien de gerealiseerde uitgavengroei in 2012 en 2013, vragen wij ons af of de beoogde groei voor 2014-2017 realistisch is.

De minister van VWS is in de brief aan de NZa over het macrobeheersmodel instellingen voor medisch specialistische zorg 2012 en 2013 van 31 maart 2015, positief over de voorlopige cijfers voor 2014 die laten zien dat de uitgaven nagenoeg overeenkomen met het macrokader. Wij vinden dat voorbarig aangezien deze cijfers nog zeer

onzeker zijn en om deze reden ook niet zijn opgenomen in het jaarverslag 2014.

Tabel 2 Overschrijdingen (in miljoen euro) en nominale groei kader van de ziekenhuizen 2012-2017

	Overschrijding	Beoogde groei	Totale werkelijke groei
2012	512	2,5%	5,5%
2013	592	2,5%	5,8%
2014	nnb	1,5%	nnb
2015	nnb	1,0%	nnb
2016	nnb	0,7%*	nnb
2017	nnb	1,0%**	nnb

nnb: nog niet bekend

* De minister van VWS heeft besloten dat het kader 2016 eenmalig gekort wordt met 70 miljoen euro, waardoor de overeengekomen groeiruimte uit het akkoord met 0,3% afneemt.

** Mogelijk wordt het kader 2017 eenmalig gekort voor de overschrijding 2013 met 242 miljoen euro. De overeengekomen groeiruimte zou daarmee afnemen tot minus 0,1%.

Aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer

Wij bevelen de minister van VWS aan om:

- mogelijke oorzaken van de overschrijdingen van het budgettair kader van de ziekenhuizen 2013 te onderzoeken;
- aan te geven wanneer een definitieve beslissing over de inzet van het MBI over 2014 mogelijk is.

Daarnaast roepen wij de minister van VWS op om - in dit jaar van de transparantie - alle realisatiecijfers uit het Financieel Beeld Zorg op detailniveau publiek toegankelijk te maken via bijvoorbeeld www.rijksbegroting.nl. Momenteel belemmeren de (noodzakelijke) keuzes die VWS maakt in de jaarlijkse verantwoording de beschikbaarheid van volledige datasets voor extern onderzoek.

Reactie van de minister

De minister van VWS zegt toe de oorzaken van de overschrijdingen verder te onderzoeken in overleg met betrokken veldpartijen.

De minister geeft aan dat een definitieve beslissing over de inzet van het MBI over 2014 uiterlijk in het voorjaar van 2017 zal plaatsvinden.
Op onze oproep om alle realisatiecijfers uit het Financieel Beeld Zorg op detailniveau publiek toegankelijk te maken antwoordt de minister dat zij het toejuicht dat steeds meer begrotingscijfers in de vorm van open data beschikbaar gesteld worden en dat zij zal bezien of de realisatiecijfers in het Financieel Beeld Zorg ook beschikbaar kunnen worden gesteld.
Lees de volledige reactie op verantwoordingsonderzoek.rekenkamer.nl

Nawoord Algemene Rekenkamer

We constateren dat de minister van VWS ook voor 2014 pas later een beslissing kan nemen over de inzet van het MBI dan zij aanvankelijk had beoogd. Eerder had de minister toegezegd uiterlijk eind 2015 deze beslissing te nemen en dit is nu verschoven naar uiterlijk voorjaar 2017. De cijfers over de ziekenhuisuitgaven zijn daarvoor nog te onzeker om een goed besluit te kunnen nemen.
Wij vinden het van groot belang dat zo snel mogelijk actuele realisatiecijfers over de zorguitgaven bekend zijn. Dan kan ook sneller worden bepaald of het MBI wordt ingezet. Als deze beslissing pas na drie jaar wordt genomen, leidt dit tot langdurige onzekerheid in de bedrijfsvoering van ziekenhuizen.

Achtergrondinformatie

Hieronder geven wij een samenvatting van de financiële afspraken in de onderzochte zorgakkoorden.

Zorgakkoorden met ziekenhuizen

- 2012-2015 Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord

Zorgaanbieders hebben op 4 juli 2011 het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord getekend samen met Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van VWS. In dit akkoord is de ambitie uitgesproken voor een maximale uitgavengroei van 2,5%. Dit percentage is exclusief loon- en prijsbijstellingen. De nominale groei komt uit op circa 5,25%. De afgesproken 2,5% uitgavengroei is geen resultaatverplichting maar een inspanningsverplichting. Wel zijn er afspraken gemaakt over de inzet van het Macrobeheersinstrument, als ultimum remedium, bij overschrijding van het budgettaire kader.

- 2014-2017 onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg

Op 16 juli 2013 hebben de partijen opnieuw een akkoord afgesloten, het ‘onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017’. Hierin zijn nieuwe afspraken gemaakt over de financiële groei die gelden als aanvulling op het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord. Voor 2014 is een

(lager) landelijk maximum groeipercentage van de uitgaven voor de medisch specialistische zorg van 1,5% afgesproken, exclusief indexatie voor loon- en prijsbijstelling.

Zorgakkoorden met huisartsen
- 2012-2013: Convenant huisartsenzorg
Voor de huisartsenzorg is op 22 juni 2012 het convenant 'huisartsenzorg 2012/2013' gesloten tussen de huisartsen en het Ministerie van VWS. In dit convenant staan geen concrete bedragen die het budgettaire kader vormen voor de huisartsenzorg in 2012 en 2013. Wel is voor 2013 een groeipercentage voor het budgettaire kader huisartsenzorg afgesproken, dat opgebouwd is uit een regulier groeipercentage en een percentage ten behoeve van substitutie naar de eerste lijn. Voor 2012 is geen groeipercentage overeengekomen vanwege de demissionaire status van het kabinet ten tijde van het afsluiten van het convenant. Wel belooft de minister zich in te spannen nieuwe kortingen op de maximumtarieven zoveel mogelijk te voorkomen.

- 2014-2017: onderhandelingsresultaat eerste lijn
Ook voor de periode 2014-2017 heeft de minister een akkoord gesloten met de huisartsenzorg. Dit akkoord maakt onderscheid tussen huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Op 16 juli 2013 hebben de zorgaanbieders (LHV, LOK, LVG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de minister van VWS het 'onderhandelingsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017' ondertekend. Ook in het onderhandelingsresultaat worden geen bedragen genoemd die het budgettaire kader vormen. Wel worden voor alle jaren groeipercentages afgesproken die onderverdeeld zijn in een regulier percentage en een percentage ten behoeve van substitutie.

Zorgakkoord met vrij gevestigd medisch specialisten
- 2012-2014: Onderhandelingsresultaat vrij gevestigd medisch specialisten
Op 15 december 2010 hebben de zorgaanbieders en de minister van VWS een akkoord gesloten over de bekostiging van de vrij gevestigd medisch specialisten voor de periode 2012-2014. Op weg naar een integraal tarief voor medisch specialistische zorg in 2015 is een overgangsbekostigingsmodel overeengekomen. Het Ministerie van VWS stelt elk jaar een vast macrobudget voor honoraria van vrijgevestigde medisch specialisten vast, de NZa verdeelt dit macrobudget door het opleggen van een omzetplafond voor alle bij een ziekenhuis toegelaten medisch specialisten gezamenlijk.

Zorgakkoorden met de geneeskundige GGZ

- 2013-2014: Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ
Op 18 juni 2012 heeft de minister van VWS een akkoord getekend met vertegenwoordigers van zorgaanbieders, beroepsverenigingen, zorgverzekeraars, en cliënten- en familieorganisaties. Afgesproken is om voor 2013 en 2014 op een structurele uitgavengroei uit te komen van 2,5%, exclusief de jaarlijkse loon- en prijsbijstellingen. Ten behoeve van de macrobudgettaire beheersbaarheid zijn er afspraken gemaakt over de inzet van het Macrobeheersinstrument.

- 2014-2017: Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg
Tegen de achtergrond van de verslechterde economische situatie en de negatieve impact daarvan op de overheidsfinanciën zijn nieuwe afspraken gemaakt met vertegenwoordigers van zorgaanbieders, beroepsverenigingen, zorgverzekeraars, en cliënten- en familieorganisaties, als aanvulling gelden op het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014. Voor de periode van 2015 tot en met 2017 wordt een landelijk maximum groeipercentage afgesproken van 1,0% per jaar, exclusief indexatie voor loon- en prijsbijstelling. Voor 2014 wordt een landelijk maximum groeipercentage van 1,5% afgesproken, exclusief indexatie voor loon- en prijsbijstelling.

3.5 Onzorgvuldige invoering van trekkingsrechten PGB

De invoering van trekkingsrechten voor het Persoonsgebonden Budget (PGB) is niet zorgvuldig verlopen. Wij constateren dat dit komt doordat:

- besluiten laat zijn genomen;
- de gegevensoverdracht niet goed is voorbereid;
- het Ministerie van VWS, het Ministerie van SZW en de SVB hun afzonderlijke rollen niet goed hebben ingevuld.

Door de problemen bij de invoering van de trekkingsrechten is er maatschappelijke onrust en onzekerheid ontstaan bij cliënten en zorgverleners en zijn er risico’s voor de rechtmatigheid van de betalingen. De problemen zijn nog niet (structureel) opgelost. Wij merken dit aan als onvolkomenheid.

Wat zijn trekkingsrechten?
Cliënten die langdurige zorg, ondersteuning, begeleiding of jeugdhulp nodig hebben, kunnen dit inkopen via een Persoonsgebonden Budget (PGB). Tot 2015 kregen cliënten het PGB op hun eigen rekening gestort waarmee zij zelf hun zorgverleners konden uitbetalen. Om fraude tegen te gaan en om administratieve lasten te verminderen, heeft de staatssecretaris van VWS besloten om vanaf 2015 te werken met

'trekkingsrechten'. Het PGB van de cliënt wordt dan beheerd door de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Cliënten kunnen bij de SVB declareren en de SVB betaalt dan de zorgverlener uit. Zorgkantoren en de SVB hebben circa 149.000 cliënten aangeschreven om het PGB te ontvangen via het trekkingsrecht. Het is momenteel onbekend welk bedrag precies omgaat in de trekkingsrechten PGB. In 2014 ging circa 2,7 miljard euro om in het PGB in de AWBZ.

De SVB is opdrachtnemer voor de uitvoering van de trekkingsrechten. De SVB is een zelfstandig bestuursorgaan (zbo) van het Ministerie van SZW. Het Ministerie van SZW is daarom formeel eigenaar van de SVB, maar het Ministerie van VWS is in dit geval opdrachtgever voor de trekkingsrechten. Gemeenten en zorgkantoren zijn ook belangrijke partijen in het proces, zij kennen namelijk het PGB toe aan de cliënten. De invoering van trekkingsrechten heeft tegelijk plaatsgevonden met de hervorming van de langdurige zorg en de decentralisaties. Over de decentralisaties schrijven wij meer in de Staat van de Rijksverantwoording.

Invoering trekkingsrechten is onzorgvuldig verlopen

De trekkingsrechten zijn ingevoerd per 1 januari 2015, maar de voorbereiding is onzorgvuldig verlopen. In 2013 en 2014 hebben het Ministerie van VWS, de SVB, zorgkantoren en gemeenten zich voorbereid op het invoeren van de trekkingsrechten. In de loop van 2014 bleek echter uit verschillende rapporten dat er nog onopgeloste problemen waren met betrekking tot de trekkingsrechten. Het Ministerie van VWS, het Ministerie van SZW en de SVB hebben echter te laat gereageerd op deze signalen. Het gevolg was dat er vanaf januari 2015 problemen ontstonden, waardoor zorgverleners niet (op tijd) werden uitbetaald. In het tabblad 'achtergrondinformatie' geven wij het proces van invoering weer in een tijdlijn en de verschillende rapporten die zijn uitgebracht.

Ontwikkelingen invoering trekkingsrechten

Reeds in 2012 heeft de staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer kenbaar gemaakt dat hij trekkingsrechten wil invoeren per 1 januari 2014. De Tweede Kamer heeft op 23 mei 2013, in het debat over zorgfraude, gevraagd of de invoering van trekkingsrechten zo snel mogelijk kon plaatsvinden. In dit debat zegt de staatssecretaris van VWS daar het volgende over:

"De invoering van trekkingsrechten voor 125.000 budgethouders is een grote ontwikkeling. Dat moet zorgvuldig gebeuren. Ik wil niet dat we de trekkingsrechten invoeren en dat ik dan een jaar daarna aan de Kamer uitleg moet gaan geven omdat het systeem toch niet helemaal optimaal

functioneert, waardoor een aantal mensen moet wachten op hun pgb. Dat wil ik niet. De noodzakelijke processen moeten worden ontwikkeld. […] Ik doe mijn uiterste best om dit op 1 januari 2014 te doen.”

In het najaar van 2013 geeft de staatssecretaris van VWS aan dat hij kiest voor een gefaseerde invoering in 2014 en dat per 1 januari 2015 alle cliënten instromen. In 2014 heeft de Tweede Kamer meerdere keren gevraagd of de invoering realistisch en uitvoerbaar is. De staatssecretaris heeft tot in november 2014 aangegeven dat trekkingsrechten zouden worden ingevoerd per 1 januari 2015. Pas in november 2014 heeft hij de Kamer geïnformeerd over terugvalscenario’s, die op dat moment nog uitgewerkt moesten worden. Ook deze terugvalscenario’s hebben niet kunnen voorkomen dat de invoering per 1 januari 2015 tot grote problemen heeft geleid.

Oorzaken voor problemen bij invoering trekkingsrechten
Wij constateren 3 belangrijke oorzaken voor de problemen bij de invoering van de trekkingsrechten.

1. Besluiten zijn laat genomen
Om het trekkingsrecht goed te kunnen uitvoeren, is het belangrijk om op tijd te besluiten over de wetgeving rondom de trekkingsrechten. In het verantwoordingsonderzoek 2013 noemen wij dat het juridische kader een belangrijke basis is, zodat elke partij weet waar hij aan toe is en zich kan voorbereiden op zijn taak. Wij constateren dat besluiten daarover laat zijn genomen. Dit late wetgevingstraject leverde een risico op voor een zorgvuldige invoering en dit risico is niet voldoende beheerst.
In 2013 is er de nodige discussie geweest tussen partijen over welke instantie de trekkingsrechten zou gaan uitvoeren. Dat heeft veel voorbereidingstijd gekost. Ook zijn de wetten voor de decentralisaties later dan verwacht aangenomen. De Wmo 2015 is in juli 2014 aangenomen en de Wlz pas in december 2014. Hierdoor konden zorgkantoren en gemeenten zich pas laat voorbereiden op de noodzakelijke gegevensoverdracht. Daarnaast zijn er tot eind december 2014 nog beleidsbeslissingen genomen met consequenties voor de uitvoering van de trekkingsrechten, bijvoorbeeld over hoe vervoer gedeclareerd moet worden, of over welke groep onder welk wettelijk regime zou vallen.

2. Gegevensoverdracht is niet goed voorbereid
Om het trekkingsrecht goed te kunnen uitvoeren, is het belangrijk dat de gegevensoverdracht op orde is. Zonder een juiste gegevensuitwisseling kan de SVB het PGB niet uitbetalen. Doordat de wetten laat zijn

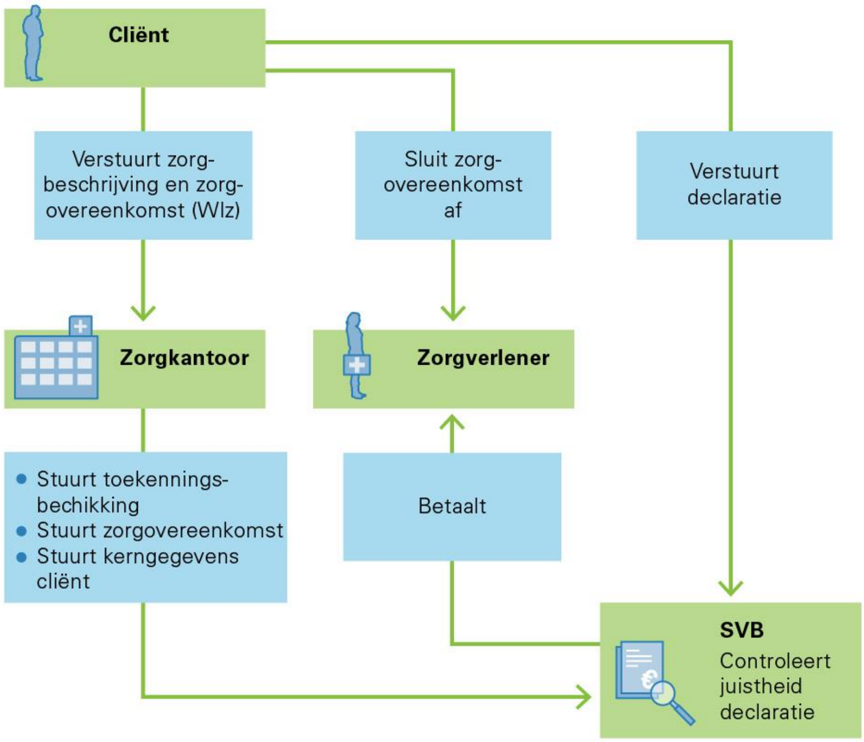
aangenomen, is de gegevensoverdracht pas laat op gang gekomen. Zowel zorgkantoren, gemeenten als cliënten moesten gegevens doorgeven aan de SVB. De SVB had niet alle gegevens op tijd binnen. In onze brief bij de begroting 2015 van het Ministerie van VWS hebben wij dit risico al benoemd.

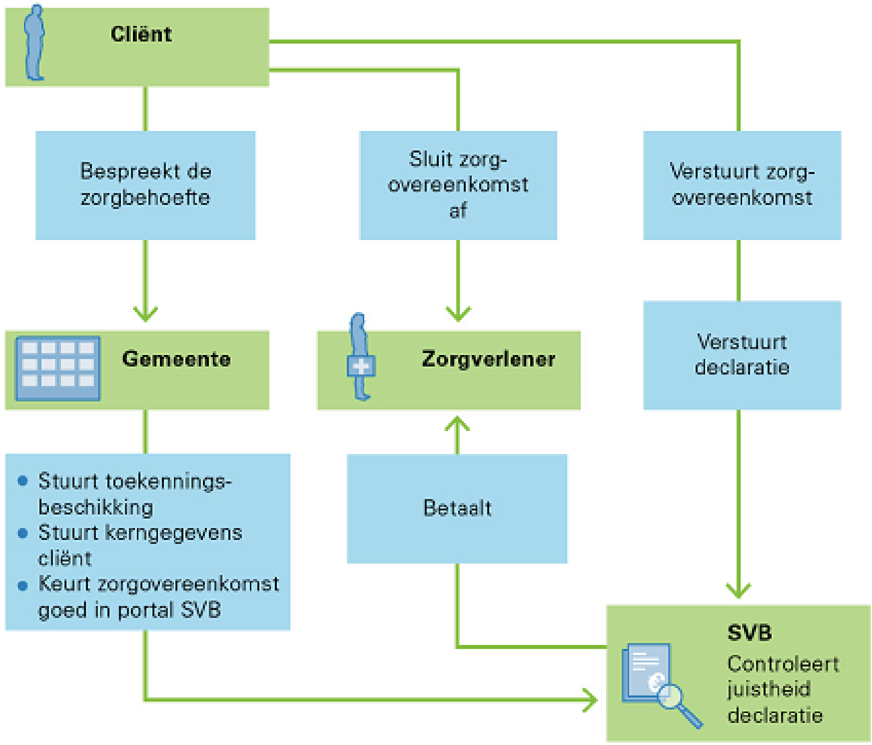
De SVB is vanaf half augustus 2014 begonnen met het gefaseerd opvragen van zorgovereenkomsten van cliënten die onder de gemeenten gaan vallen. De planning was dat gemeenten de toekenningsbeschikkingen pas eind december naar de SVB zouden sturen. Niet alle gegevens waren echter op tijd binnen. Doordat de SVB onvolledige of onjuiste gegevens had, was de SVB op 1 januari 2015 niet klaar om alle zorgverleners uit te betalen.

Daarnaast was het systeem van de SVB vooraf niet getest op grote hoeveelheden gegevens. In de praktijk bleek dat het systeem van de SVB deze grote hoeveelheden gegevens niet snel genoeg kon verwerken.

In onderstaande figuren geven wij de belangrijkste gegevensstromen weer. Het eerste figuur gaat over de situatie in de Wlz, waarbij zorgkantoren een belangrijke rol spelen. Het tweede figuur gaat over de situatie in de Wmo 2015 en Jeugdwet, waarbij gemeenten een belangrijke rol spelen.

Gegevensoverdacht in de Wlz





3. Het Ministerie van VWS, het Ministerie van SZW en de SVB hebben hun rol niet goed ingevuld
Voor een goede uitvoering van het trekkingsrecht is het belangrijk dat het Ministerie van VWS, het Ministerie van SZW en de SVB hun rol goed invullen.

Het **Ministerie van VWS** is opdrachtgever voor de trekkingsrechten en in die hoedanigheid eindverantwoordelijk voor de trekkingsrechten. Het Ministerie van VWS heeft duidelijke signalen onvoldoende herkend. Het Ministerie van VWS is door verschillende partijen erop gewezen dat er grote risico's bestonden bij de invoering van de trekkingsrechten (zie het tabblad 'achtergrond' voor een overzicht). Het Ministerie van VWS is onder andere geïnformeerd over de risico's rondom de gegevensoverdracht, bijvoorbeeld in de stuurgroep trekkingsrechten en in de Gateway Review van september 2014.
Deze signalen hebben echter niet geleid tot adequate bijsturing en interventies door het Ministerie van VWS. Vanaf april 2014 heeft het Ministerie van VWS wel meer regie gevoerd om de invoering te laten slagen. Dit was echter te laat om de problemen op tijd op te kunnen lossen. Eind november heeft het Ministerie van VWS terugvalscenario's opgesteld, maar ook deze hebben de problemen niet kunnen voorkomen.

Het **Ministerie van SZW** is eigenaar van de SVB. Dit is het Ministerie van SZW voor alle taken van de SVB, ongeacht of de taken van het eigen of van een ander ministerie komen. Er is geen Raad van Toezicht die de continuïteit van de organisatie bewaakt. In de rol van eigenaar moet het Ministerie van SZW daarom toezien dat een goede uitvoeringstoets wordt gedaan (wet SUWI artikel 5 en 34). De 'Roadmap invoering trekkingsrechten' die de SVB heeft opgesteld, voldeed niet aan de eisen die bij een goede uitvoeringstoets verwacht mogen worden. De Roadmap was al heel snel verouderd, omdat deze nog uitging van invoering trekkingsrechten per 1-1-2014. In de zomer van 2014 zijn er grote beleidswijzigingen doorgevoerd met betrekking tot de trekkingsrechten, zo is onder meer afgestapt van de gefaseerde invoering en werd besloten dat alle cliënten per 1-1-2015 in zouden stromen. Gezien deze nieuwe situatie, had het Ministerie van SZW opnieuw de uitvoerbaarheid moeten overwegen. Ook via de reguliere eigenaarsoverleggen tussen het Ministerie van SZW en de SVB heeft het Ministerie van SZW zich geen goed beeld gevormd van de stand van zaken bij de SVB. Dit beschrijven wij ook in ons verantwoordingsonderzoek bij het Ministerie van SZW.

De **SVB** is opdrachtnemer en daarmee uitvoerder van de trekkingsrechten. Het is de eigen verantwoordelijkheid van de SVB als zbo om aan te geven of de regeling uitvoerbaar is en of de invoering haalbaar is. Ondanks het feit dat ook bij de SVB signalen bekend waren, heeft de SVB niet op tijd aangegeven dat de invoering per 1 januari 2015 niet zou lukken. In de stuurgroep trekkingsrechten geeft de SVB op 9 december 2014 nog aan dat de datum van 1 januari 2015 wel wordt gehaald, met een kleine overloop in week 1 en 2 van 2015. Pas op 22 december 2014 geeft de SVB in de stuurgroep aan dat half januari niet meer haalbaar is.

Gevolgen van de onzorgvuldigheid bij het invoeren
Wij constateren 2 belangrijke gevolgen van de onzorgvuldigheid bij de invoering van de trekkingsrechten, die de doelen van de trekkingsrechten (verminderen administratieve lasten en tegengaan fraude) in de weg staan.

1. Onrust bij cliënten en zorgverleners.
Trekkingsrechten zijn ingevoerd om de administratieve lasten voor cliënten te verminderen. Door de problemen bij de invoering van de trekkingsrechten, is er veel onduidelijkheid voor cliënten en hun zorgverleners. Cliënten kregen geen of tegenstrijdige berichten van bijvoorbeeld de SVB en zorgverleners kregen niet (op tijd) uitbetaald. Dit heeft geleid tot onrust bij deze groepen mensen en heeft de

administratieve lasten voor hen vermeerderd. Ondanks de getroffen (nood) maatregelen is de onrust nog niet in alle gevallen weggenomen.

2. Gevolgen voor de rechtmatigheid van de betalingen.
De invoering van trekkingsrechten is bedoeld om fraude tegen te gaan. Het is de bedoeling dat gemeenten, zorgkantoren en de SVB alle zorgbeschrijvingen, zorgovereenkomsten en toekenningsbeschikkingen controleren voordat uitbetaald wordt. Door de problemen bij de invoering is dat echter niet gebeurd. De staatssecretaris van VWS heeft noodscenario's aangekondigd om de zorgcontinuïteit te garanderen, maar dit is ten koste gegaan van de controles op het bestand. Hierdoor is het nu onduidelijk of het geld naar de juiste mensen is gegaan en of alle mensen het goede budget hebben gekregen. Ook is het momenteel onduidelijk bij welke partij rechtmatigheidsrisico's in de betalingen zijn en hoe groot de risico's zijn.

Trekkingsrechten zijn momenteel nog geen oplossing voor de fraudeproblemen, maar zelf een nieuw probleem geworden. De staatssecretaris van VWS heeft op 24 maart 2015 een 'plan van aanpak herstelacties implementatie trekkingsrechten PGB' naar de Tweede Kamer gestuurd. Hierin geeft hij op hoofdlijnen weer welke stappen hij wil gaan zetten om de problemen op te lossen. Dit zal de komende maanden nader uitgewerkt moeten worden.

Onvoldoende aansturing en toezicht door het Ministerie van VWS
De wijze waarop het Ministerie van VWS de invoering van de trekkingsrechten heeft aangestuurd en toezicht heeft gehouden op het invoeringsproces merken wij aan als een onvolkomenheid.
Het is niet ongebruikelijk dat de taken en rollen over verschillende ministers verdeeld worden. Het is vaak zeer functioneel, zie bijvoorbeeld onze rapporten over TenneT en Staatsdeelnemingen. Daar wordt de rol van de aandeelhouder en die van beleidsmaker gescheiden door ze over verschillende ministers te verdelen. Dit vinden wij een verstandige keuze, omdat iedere partij zo vanuit een eigen belang en verantwoordelijkheid kan oordelen, volgens het zogenoemde vier-ogen principe, en een integrale en transparante afweging van belangen en doelen tot stand komt. Wij verwachten dat dit soort rolverdelingen tussen ministers en departementen vaker gaat voorkomen als gevolg van de centralisatie van bedrijfsvoeringsonderdelen van ministeries en grote operaties als de decentralisaties, zie ook onze brief 'Bestuur op Afstand'.
In dat licht acht de Algemene Rekenkamer het van belang dat het kabinet de scheiding tussen de verschillende rollen en de daarmee gepaard gaande verantwoordelijkheden nader uitwerkt.

Aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer

Wij bevelen de staatssecretaris van VWS aan om:

- een duidelijke rol te pakken in de aansturing en het toezicht op ingrijpende wijzigingen die door derden worden uitgevoerd en dit vast te leggen in toezichtsbeleid;
- bij ingrijpende beleidswijzigingen een goede uitvoeringstoets te doen en dit opnieuw te doen als er grote tussentijdse wijzigingen zijn;
- te onderzoeken hoe het Ministerie van VWS in het vervolg beter kan reageren op signalen over uitvoeringsproblemen bij grote beleidswijzigingen.

Reactie van de minister

De minister van VWS schetst in haar reactie nogmaals de context en het doel van het trekkingsrecht PGB. De minister geeft aan dat mensen, via het PGB, eigen regie kunnen voeren over hun zorg en ondersteuning. De PGB-regeling bleek echter fraudegevoelig. Daarom is in de zomer van 2012 gekozen voor introductie van het trekkingsrecht. De minister geeft aan dat de invoering trekkingsrechten tegelijkertijd heeft plaatsgevonden met de nieuwe zorgwetten, zodat niet elk zorgkantoor en elke gemeente een eigen systeem hoefden opzetten voor het PGB.

De minister merkt het volgende op over onze conclusie dat besluiten rondom wetgeving laat zijn genomen en dat de risico’s daarvan onvoldoende beheerst zijn. De minister geeft aan dat bij de implementatie van het trekkingsrecht uit werd gegaan van conceptwetgeving en dat dit derhalve de invoering van het trekkingsrecht niet in de weg stond. Dit geldt ook voor de discussie over de vraag wie de trekkingsrechten mag uitvoeren. De minister geeft aan dat de hervorming van de langdurige zorg en de invoering van trekkingsrechten tot een cumulatie van werkzaamheden hebben geleid in het najaar van 2014. Dit geldt ook voor late beleidsbeslissingen. Dit leidde tot extra druk op de gegevensoverdracht. De minister geeft aan dat de gegevensoverdracht zelf goed is verlopen.

De minister geeft aan dat het systeem van de SVB grote hoeveelheden gegevens aan kan. Er was eind 2014 sprake van een incidentele forse stremming in het afwikkelen van zorgovereenkomsten.

De minister merkt het volgende op over onze conclusie dat het Ministerie van VWS duidelijke signalen onvoldoende heeft herkend en dat deze signalen niet tot adequate bijsturing hebben geleid. De minister geeft aan dat de signalen zijn herkend en dat daarop gereageerd is. De minister geeft aan dat de periode van zomer 2012 tot voorjaar 2013

verkennend van aard is geweest. In deze periode is de SVB om een uitvoeringstoets gevraagd en werden pilots gehouden om ervaring op te doen met trekkingsrechten. Vanaf het voorjaar van 2014 kwam de nadruk te liggen op de implementatie. Naar aanleiding van de Gateway review heeft het Ministerie van VWS meer regie genomen, door bijvoorbeeld het inrichten van programmamanagement. Daarnaast zijn er door het ministerie meerdere toetsen ingebouwd.

De minister deelt onze aanbeveling dat een goede uitvoeringstoets noodzakelijk is en geeft aan dat er een goede uitvoeringstoets heeft plaatsgevonden en dat doorlopend de uitvoering is getoetst. Inmiddels is er ook een uitvoeringstoets geweest op het ICT-systeem van de SVB en loopt een uitvoeringstoets die leidt tot een verbeterplan voor de doorontwikkeling van het trekkingsrecht.

De minister geeft aan dat de SVB vanaf juli 2014 maandelijks rapporteert over de invoering. Deze rapportages hebben gewerkt volgens de minister, omdat ze steeds een overzicht gaven van de knelpunten die opgelost moesten worden. Op basis van de rapportages is gestuurd en zijn maatregelen genomen. De SVB heeft in de rapportages bevestigd dat 1 januari 2015 haalbaar is.

In de nazomer van 2014 is gestart met het ontwikkelen van terugvalscenario’s. In november is besloten de invoering hiervan voor te bereiden.

De minister geeft aan dat zij het oordeel van een onvolkomenheid niet deelt, omdat het ministerie veel activiteiten heeft ondernomen en onderzoeken en voortgangsrapportages heeft gedaan om de invoering te laten slagen.

De minister geeft aan dat zij momenteel prioriteit legt bij het betalen van zorgverleners. Dit levert echter ook rechtmatigheidsrisico’s op. De minister deelt onze visie dat het trekkingsrecht nog geen oplossing is voor de fraudeproblemen, maar vindt het trekkingsrecht zelf geen nieuw probleem. De minister geeft aan dat via het herstelplan herstelacties zullen plaatsvinden wat betreft de rechtmatigheid.

De minister geeft aan dat, ondanks het bovenstaande, de start van de trekkingsrechten niet goed is verlopen. Zij ziet hiervoor een aantal oorzaken. Ten eerste de forse stremming in het afwikkelen van de zorgovereenkomsten. Ten tweede het feit dat de trekkingsrechten voor alle partijen forse veranderingen met zich meebrengt. Ten derde de

hoogte van de maximumtarieven, waarbij het verschil tussen nieuwe cliënten en bestaande cliënten niet altijd adequaat in de toekenningsberichten is verwerkt. De SVB heeft de toekenningsberichten ook niet allemaal ontvangen in december, waardoor een blokkade in de betalingen dreigde. De prioriteit is vervolgens gelegd op het betalen. Daardoor zijn de geplande verbeteringen in het systeem naar achteren geschoven in de tijd. Vanaf de nazomer van 2014 zijn terugvalscenario's ontwikkeld om de continuïteit van zorg te borgen. Dit heeft tot gevolg dat het reguliere PGB-proces een tijdje buiten werking is gesteld. Dit heeft de SVB veel extra capaciteit gekost, wat ten koste is gegaan van het werken aan het reguliere proces. Bovenstaande oorzaken hebben geleid tot een piekbelasting bij de SVB.

De minister geeft aan de onrust en onzekerheid bij budgethouders en zorgverleners te betreuren. De minister geeft aan dat de kwalificatie van 'onzorgvuldig', die de Rekenkamer hanteert, geen recht doet aan de inspanningen om de risico's in beeld te brengen en te beheersen. De ingezette acties leiden momenteel gefaseerd tot zichtbare resultaten. De minister geeft aan pas tevreden te zijn als budgethouders en zorgverleners niet meer onzeker zijn over het uitbetalen van het PGB.
De minister geeft aan dat er evident lessen kunnen worden getrokken uit de invoering van het trekkingsrecht. Met het Verantwoordingsonderzoek 2014, de reactie van de minister en het onderzoek van de Nationale Ombudsman, wordt hier in belangrijke mate invulling aan gegeven.
Lees de volledige reactie op verantwoordingsonderzoek.rekenkamer.nl

Nawoord Algemene Rekenkamer
De invoering van de trekkingsrechten PGB per 1 januari 2015 is niet zorgvuldig verlopen. Cliënten met een PGB en hun zorgverleners hebben daar in de afgelopen maanden reeds hinder van ondervonden. Niet bekend is of het tot deze groep beperkt zal blijven. Niemand heeft dit zo gewild, maar ondanks alle inspanningen waar de bewindspersonen op wijzen, is het de realiteit. Wij blijven dan ook bij ons oordeel, dat sprake is van een onvolkomenheid zowel bij VWS als bij SZW. Ook bestudering van de op 28 april jl. nog aan de Tweede Kamer gezonden grote hoeveelheid informatie leverde voor ons geen andere of nieuwe feiten op.

De invoering van de trekkingsrechten is naar zijn aard een complexe operatie, mede omdat die in de tijd samen moest vallen met de decentralisatie van taken in het sociaal domein. De Wmo 2015, de Jeugdwet en de Wlz hebben de oude regelingen voor PGB's vervangen. In de afgelopen jaren heeft ook de Algemene Rekenkamer aandacht besteed aan het risico op misbruik en oneigenlijk gebruik bij PGB's. Meer dan

eens waren er indicaties dat dit risico relatief hoog was. Dat het kabinet met steun van de Tweede Kamer eerder heeft besloten om middels het invoeren van trekkingsrechten hierop een antwoord te formuleren, is een verstandige keuze.

Bij de nieuwe situatie zijn veel partijen betrokken, met onderscheiden verantwoordelijkheden en verschillende politiek-bestuurlijke inbedding, die alle geacht worden binnen één keten samen te werken. De minister van VWS is beleidsmatig verantwoordelijk, bekleedt zowel de rol van ketenregisseur als van opdrachtgever van één van de betrokken partijen, de SVB. De minister van SZW is daarnaast verantwoordelijk voor de SVB. De Kaderwet ZBO's en de Wet SUWI regelen onder meer de sturings-, verantwoordings-, en toezichtrelatie tussen de minister van SZW en de SVB in deze. Deze staande verantwoordelijkheid van de minister van SZW wijzigt niet indien een andere minister als opdrachtgever van de dienst optreedt en vraagt dus om adequate taak-invulling. De SVB is opdrachtnemer voor de uitvoering van de trekkingsrechten. Gemeenten en zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor toekenning van de PGB's aan zorgbehoevenden die via de SVB tot een (correcte) uitbetaling aan hun zorgverleners en in een aantal gevallen de Belastingdienst dienen te komen.

Het gekozen arrangement maakt in het bijzonder het delen en overdragen van gegevens tot een cruciaal onderdeel van het invoeringstraject. Daar is eerder - ook door ons - aandacht voor gevraagd. Anders dan de minister van VWS constateren wij dat de voorbereiding van de gegevensoverdracht laat op gang is gekomen, waardoor de SVB niet alle gegevens op tijd tot haar beschikking had en evenmin op tijd kon verwerken. Anders dan de minister van SZW zijn wij van oordeel dat van de SVB én van haar eigenaar verwacht mag worden, dat ten behoeve van het goed vervullen van de aangenomen opdracht tijdig een actuele en complete uitvoeringstoets beschikbaar komt, zoals ook het ministerie van SZW zelf in de ‘Beleidslijn andere taken en werkzaamheden UWV en SVB’ heeft opgenomen. Dan kan, bijvoorbeeld met het oog op een adequate gegevensoverdracht, beoordeeld worden of men ‘er klaar voor is’. Op die wijze had een beter beeld van risico’s in de gehele keten beschikbaar kunnen komen. De ‘Roadmap’ is geen uitvoeringstoets.

Voor cliënten en hun zorgverleners telt nu dat de problemen opgelost worden. Opdat cliënten de zorg krijgen waar ze recht op hebben en zorgverleners op tijd betaald kunnen worden. Alle betrokken partijen in de keten – departementen, SVB, Belastingdienst, zorgkantoren en

gemeenten - hebben een gezamenlijk én gedeeld belang bij het oplossen van de huidige uitvoeringsproblemen. Uitvoerders, in het bijzonder de SVB, hebben nu allereerst baat bij een realistisch tijdpad. Belangrijk is daarbij ook dat van de SVB niet verwacht mag worden de problemen bij de toeleveranciers van gegevens op te lossen, die horen dáár aangepakt te worden. Voor een realistisch tijdpad is om te beginnen een gezamenlijk gedragen én actueel (en actueel te houden) inzicht nodig in de belangrijkste knelpunten van de gehele keten om de trekkingsrechten PGB in rustiger vaarwater te brengen. Het is van cruciaal belang dat goed zicht ontstaat welke partij in welke mate verantwoordelijkheid draagt voor het oplossen van de huidige problematiek en dat de ketenregisseur hen daarop kan aanspreken en dat ook doet. Het ontbreken van formele doorzettingsmacht mag er niet toe leiden dat de knelpunten niet worden weggenomen.

Met het oog op het aantal resterende knelpunten en de vraagstukken – ook financiële - die in 2015 een oplossing behoeven, zullen wij ook in het Verantwoordingsonderzoek 2015 aandacht besteden aan dit onderwerp. In samenhang hiermee starten wij binnenkort een onderzoek bij de SVB.

Achtergrondinformatie
In onderstaande tijdlijn geven wij het proces van invoering van de trekkingsrechten weer. We beginnen bij het beleidsvoornemen om trekkingsrechten in te voeren. De tijdlijn loopt tot maart 2015.

Tijdlijn invoering trekkingsrechten

24-06-2012
De staatssecretaris van VWS informeert de Tweede Kamer over het beleidsvoornemen om trekkingsrechten voor het PGB in te voeren.

02-12-2012
De staatssecretaris van VWS informeert de Tweede Kamer over zijn plan van aanpak om fraude met het PGB tegen te gaan. Het invoeren van trekkingsrechten per 1-1-2014 is één van de maatregelen.

16-04-2013
De CIO van het Ministerie VWS adviseert over de invoering van de trekkingsrechten. Conclusie: van de 14 bevindingen, zijn er 7 'kritisch'. De CIO wijst er o.a. op dat, gezien de complexiteit van het PGB-proces, invoering per 2014 nagenoeg onmogelijk is. Volgens de CIO moet er eerst een pilot gedaan worden en kunnen de trekkingsrechten vervolgens gefaseerd ingevoerd worden.

23-05-2013
Debat in de Tweede Kamer over fraude in de zorg. Meerdere partijen vragen om snelle invoering van de trekkingsrechten. De staatssecretaris van VWS geeft aan dat de invoering zorgvuldig moet gebeuren en dat hij de SVB zal vragen om een uitvoeringstoets voor invoering per 1-1-2014.

12-06-2013
(Formeel) verzoek van het Ministerie van VWS aan de SVB om een plan op te stellen met als doel het systeem van trekkingsrechten PGB met ingang van 2014 in te voeren.

04-07-2013
De SVB zendt de Roadmap invoering trekkingsrechten aan het Ministerie van VWS. In de Roadmap werkt de SVB het proces en tijdspad voor de trekkingsrechten uit. De SVB

geeft aan dat een werkend systeem per 1-1-2014 'niet realiseerbaar' is. De SVB gaat daarom uit van geleidelijke instroom van budgethouders in 2014 en pilots in 2013 en 2014. De SVB geeft aan dat het starten van de gefaseerde invoering per 2014 'tijdige besluitvorming en een evolutionaire aanpak' vergt.

04-07-2013
In het eerste concept van de Jeugdwet staat de SVB genoemd als uitvoerder van de betalingen van budgetten.

05-07-2013
In de ministerraad wordt besloten dat de SVB de trekkingsrechten mag gaan uitvoeren.

01-08-2013
Het Ministerie van VWS reageert op de Roadmap van de SVB en geeft aan dat het Ministerie van VWS met enkele zorgkantoren bespreekt dat zij meedoen aan de pilot. Het Ministerie van VWS geeft aan te kiezen voor een gefaseerde invoering, met een volledige invoering per 01-01-2015.

02-09-2013
De stuurgroep trekkingsrechten vergadert voor de eerste keer. In de stuurgroep zitten de volgende partijen: het Ministerie van VWS, Per Saldo, de SVB, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), een vertegenwoordiger van de Pilot Zorgkantoren, de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), het Centraal Administratie Kantoor (CAK) en het Zorginstituut Nederland. In mei 2014 is de G4 ook aangesloten bij de stuurgroep.

12-09-2013
De staatssecretaris van VWS verwijst naar de Roadmap als uitvoeringstoets en noemt het voornemen om de trekkingsrechten te laten uitvoeren door de SVB.

13-12-2013
De PGB-regeling voor 2014 wordt gepubliceerd. Hierin wordt gesproken over invoering van het trekkingsrecht vanaf 01-01-2014 voor nieuwe budgethouders bij zorgkantoren DSW, Zorg en Zekerheid en Salland en een invoering per 01-07-2014 voor alle nieuwe budgethouders. De SVB wordt vastgelegd als uitvoerder van de trekkingsrechten.

01-01-2014
Start pilot trekkingsrechten Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) met 3 zorgkantoren.

18-02-2014
Jeugdwet aangenomen door Staten Generaal. Hierin zijn de uitbetalingen van PGB's door de SVB vastgelegd.

26-03-2014
De CIO van het Ministerie van VWS komt met een oordeel over de invoering van trekkingsrechten. Conclusie: van de 33 aanbevelingen zijn er 9 'kritisch'. De CIO raadt aan om een plateauplanning op te stellen, de nog lopende beleidsbeslissingen te monitoren en 'alternatieve realistische invoeringsscenario's' uit te werken. Het Ministerie van VWS moet duidelijker de verantwoordelijkheden nemen ten opzichte van de SVB. Of het systeem van de SVB werkt voor een groot aantal mensen, is niet getoetst. De CIO vindt het onwaarschijnlijk dat de ict-oplossing door alle partijen is gerealiseerd voor 01-01-2015.

27-03-2014
Gateway Review 1 Invoering trekkingsrechten PGB.
Conclusie: het is niet of nauwelijks haalbaar om de trekkingsrechten in te voeren per 01-01-2015, zonder ingrijpende wijzigingen. De belangrijkste wijzigingen zijn: het Ministerie van VWS moet de regie en sturing naar zich toe halen, alle betrokken partijen moeten commitment geven aan het programma en er moet op zeer korte termijn programmamanagement worden ingevoerd.

April 2014
Start Programma Trekkingsrechten bij het Ministerie van VWS. Vanuit het programma worden de stuurgroep, voorbereidingsgroep en verschillende werkgroepen gecoördineerd.

21-05-2014
De Algemene Rekenkamer geeft in het verantwoordingsonderzoek 2013 aan dat invoering trekkingsrechten per 01-01-2015 nog om de nodige inspanningen en coördinatie van het Ministerie van VWS vraagt.

26-05-2014
Stuurgroep trekkingsrechten bespreekt de functionaliteiten van het trekkingsrechtensysteem van plateau 1. Dit plan is nog onvoldoende uitgewerkt volgens de partijen. Ook wordt door partijen genoemd dat er een go/no go moment ingebouwd moet worden. Het Ministerie van VWS en gemeenten uiten zorgen over dat het proces van invoering te langzaam gaat.

29-05-2014
Duthler Associates komt met Privacy Impact Assessment, een advies over gegevensuitwisseling bij trekkingsrechten. Conclusie o.a. dat SVB voor zijn taak niet hoeft te beschikken over medische gegevens, maar alleen over de zorgovereenkomst. Hierdoor verandert de gegevensstroom tussen partijen.

10-06-2014
Het Ministerie van VWS maakt het programmaplan trekkingsrechten PGB definitief. Dit programmaplan is met de stuurgroep besproken. In het programmaplan worden de 3 plateaus voor invoering gepresenteerd.

08-07-2014
Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 aangenomen door Staten Generaal. Hierin zijn de uitbetalingen van PGB's door de SVB vastgelegd.

16-07-2014
Wijziging van de PGB-regeling, waarin wordt aangegeven dat het trekkingsrecht pas vanaf 01-01-2015 wordt ingevoerd en niet gefaseerd vanaf 01-07-2014, zoals eerst was bedoeld. Als reden wordt gegeven dat het voor zorgkantoren niet handig is om 2 systemen naast elkaar te hebben. Nieuwe budgethouders van de pilot-zorgkantoren blijven wel met trekkingsrechten werken.

22-07-2014
De VNG, G32 en G4 komen met brief (pdf) aan de staatssecretaris van het Ministerie van VWS waarin zij hun zorgen uiten over het invoeringstraject trekkingsrechten per 01-01-2015. Zij signaleren grote risico's in de ICT-aansluiting, de overdracht van gegevens, de communicatie naar budgethouders en het tijdig en correct kunnen vullen van het SVB systeem.

21-08-2014
Het Ministerie van VWS reageert (pdf) op de brief van de VNG, G32 en G4 en geeft o.a. aan dat ze in overleg zijn om de genoemde knelpunten op te lossen.

28-08-2014
Stuurgroep trekkingsrechten komt met 'Continuïteitsplan Plateau 1 Trekkingsrechten PGB' (definitieve versie 21 november 2014). In het continuïteitsplan beschrijft VWS wat er gedaan moet worden in omstandigheden en (nood)scenario's om te borgen dat de invoering per 01-01-2015 geen gevaar loopt. Een mogelijke maatregel is het automatisch goedkeuren van de zorgovereenkomsten, als geen tijd is om ze individueel te beoordelen.

23-09-2014
Gateway Review 0 Invoering trekkingsrechten PGB. Conclusie: implementatie van trekkingsrechten per 01-01-2015 is haalbaar voor het vastgestelde ambitieniveau. Het vereist nog wel een aantal maatregelen. Een belangrijke maatregel is dat het Ministerie van VWS de regie moet nemen bij de communicatie richting betrokken partijen (waaronder budgethouders). Het Ministerie van VWS moet de regie nog steviger doortrekken, iets dat ze sinds het voorjaar van 2014 meer hebben gedaan. Het review team noemt daarnaast dat er sprake is van sterke afhankelijkheid van goed verloop gegevensuitwisseling tussen partijen. Dit valt buiten het programma.

15-10-2014
Deloitte komt op verzoek van het Ministerie van VWS met een IT onderzoek naar de trekkingsrechten. Deloitte onderzoekt 3 aspecten van het IT-systeem van de SVB: de performance, de beveiliging en de haalbaarheid van invoering per 1-1-2015. Uit dit onderzoek blijkt dat er in oktober 2014 nog onduidelijkheid was over wat het systeem wel en niet aan kon.

05-11-2014
De Algemene Rekenkamer geeft aan dat aansturing en toezicht op SVB onvoldoende helder is voor het uitvoeren van de trekkingsrechten voor gemeenten en signaleert daarnaast risico's rondom gegevensoverdracht, aangezien de SVB pas in december 2014 afgegeven beschikkingen voor 2015 van gemeenten krijgt.

10-11-2014
In een notitie op 10-11-2014 bericht de SVB aan de voorbereidings- en stuurgroep Trekkingsrechten over de uitslag van de pilot trekkingsrechten onder 3 zorgkantoren en 806 budgethouders. De SVB concludeert dat 'de pilot er in is geslaagd om een stabiele zorgverlening binnen het trekkingsrecht te organiseren, waarbij het merendeel van de respondenten tevreden is over de communicatie, informatievoorziening en de geboden service.'

13-11-2014
De staatssecretaris van VWS komt met brief aan de Tweede Kamer over de communicatie aan AWBZ-cliënten. Budgethouders in de Wet langdurige zorg (Wlz) ontvangen persoonlijke informatie van zorgkantoor door toekenningsbeschikking eind

november/begin december. In oktober zijn zij geïnformeerd door het zorgkantoor over de invoering van het trekkingsrecht. Budgethouders in de Wmo 2015 en Jeugdwet worden door gemeenten per brief geïnformeerd over de situatie 2015. Budgethouders in de Zorgverzekeringswet krijgen een brief van hun zorgverzekeraar.

14-11-2014
In bestuurlijk overleg met het Ministerie van VWS, VNG, de SVB, ZN, een zorgkantoor en 3 gemeenten geeft de staatssecretaris van VWS aan dat de Gateway Review uit september geruststellend is, maar dat sommige knelpunten nu direct actie vragen. Partijen moeten alles op alles zetten om de invoering per 01-01-2015 te halen. Gemeenten betwijfelen of deze datum gehaald kan worden. Terugvalscenario's zijn noodzakelijk.

24-11-2014
In de stuurgroep trekkingsrechten geven gemeenten aan dat ze het gevoel hebben het niet te redden voor 01-01-2015. Ze zien veel 'risico's op het vlak van uitvoering, rechtmatigheid en gecombineerde zorg'. De SVB geeft in de stuurgroep aan dat zij de haalbaarheid per 01-01-2015 nog steeds positief inziet. De SVB maakt zich wel zorgen over de haalbaarheid van de terugvalscenario's. Er zijn nog steeds groepen budgethouders die onbekend zijn. Ook wordt benoemd dat richting burgers duidelijk gecommuniceerd moet worden over het proces.

27-11-2014
In bestuurlijk overleg met het Ministerie van VWS, de VNG, de SVB, ZN een zorgkantoor en een gemeente zijn aanvullende afspraken gemaakt over terugvalscenario's. Daarin besluiten partijen bijvoorbeeld dat het Ministerie van VWS de consequenties draagt die uit inzet van de terugvalscenario's voortvloeien. Ook besluiten partijen dat gemeenten en zorgkantoren budgethouders mogen bevoorschotten. Ook besluiten ze dat de budgethouders van wie de zorgovereenkomst niet is goedgekeurd toch mogen declareren bij de SVB.

02-12-2014
Wlz aangenomen door Staten Generaal. Hierin zijn de uitbetalingen van PGB's door de SVB vastgelegd.

09-12-2014
De VNG komt met brief (pdf) aan de Kamercommissie van VWS waarin de koepel zijn zorgen uit over de decentralisaties, waaronder de organisatie van het trekkingsrecht. Niet alle budgethouders zijn op dat moment bekend of hebben gereageerd. De VNG wijst op late besluitvorming en 'hectiek' door beleidswijzigingen.

09-12-2014
In de stuurgroep trekkingsrechten geeft de SVB aan dat 01-01-2015 wordt gehaald, met een kleine overloop in week 1 en 2 van 2015. Gemeenten, ZN en het Ministerie van VWS uiten hun bezorgdheid over de snelheid van gegevensafhandeling en de bereikbaarheid van de SVB. Per Saldo geeft aan dat het nog niet duidelijk is op welke manier vervoerskosten gedeclareerd moeten worden vanaf januari.

22-12-2014
In de stuurgroep trekkingsrechten geeft de SVB aan dat het niet meer haalbaar is om alle zorgovereenkomsten te verwerken voor 15 januari 2015. Beschikkingen van zorgkantoren komen binnen, maar de beschikkingen van gemeenten komen nog niet snel genoeg. De andere partijen in de stuurgroep uiten hun zorgen.

22-12-2014
De staatssecretaris van VWS informeert de Tweede Kamer over de invoering van het trekkingsrecht en de mogelijkheden om bij invoering zorgcontinuïteit te garanderen. De SVB zal zorgovereenkomsten die niet op tijd goedgekeurd kunnen worden, ambtshalve accorderen zodat tijdige betaling mogelijk is.

01-01-2015
Decentralisatie en systeem trekkingsrechten treedt in werking.

12-01-2015
De stuurgroep trekkingsrechten overlegt over de voortgang van de gegevensoverdracht. Vanaf 15 januari 2015 is het portaal van de SVB 3 dagen niet beschikbaar. 'Het batch-window is volledig nodig voor het eenmalig noodscenario.'. Tijdens deze dagen wordt het terugvalscenario in gang gezet. Tijdens deze dagen kan de SVB geen nieuwe gegevens tonen van zorgkantoren, gemeenten en budgethouders. Hier zaten overigens ook 2 weekenddagen bij.
Ook evalueren de leden de pilot trekkingsrechten onder zorgkantoren. Er wordt geconcludeerd dat het uitvoeren van de pilot goed is geweest vanwege de leerervaringen en samenwerking, maar dat er meer van de ervaringen uit de pilot gebruik gemaakt had kunnen worden, als bijvoorbeeld gemeenten zich eerder bij de pilot hadden aangesloten. ZN merkt op dat het jammer is dat de implementatie te dicht op de pilot is gevolgd. 'Het was beter geweest als de pilot een jaar eerder was uitgevoerd.'

13-01-2015
In het bestuurlijk overleg met het Ministerie van VWS, de VNG, de SVB en ZN besluiten de partijen over het ambtshalve toekennen van het PGB. Ook besluiten ze dat ze de communicatie over de ambtshalve toekenningen van het PGB doen via de websites en niet via een speciale brief.

20-01-2015
De staatssecretaris van VWS komt met brief aan de Tweede Kamer over de invoering van het trekkingsrecht PGB. Er zijn nog onvoldoende gegevens om de uitbetalingen goed te laten verlopen zonder maatregelen. In de brief noemt de staatssecretaris dat toekenningsberichten in het systeem van de SVB worden ingevoerd bij niet ingezonden of niet verwerkte berichten. Cliënten krijgen een voorlopig budget toegekend voor 3 maanden. 'De SVB heeft laten weten dat dit inmiddels voor alle budgethouders gerealiseerd is.' Uitvoerende partijen en budgethouders krijgen extra tijd om controles 'af te ronden en ontbrekende informatie aan te vullen'. Toetsen voor bestaande groep budgethouders wordt niet vooraf gedaan, maar zal achteraf plaatsvinden.

26-01-2015
De staatssecretaris van VWS beantwoordt in een brief 39 vragen van Kamerleden over onzekerheid rond de uitbetaling van 250.000 zorgverleners.

27-01-2015
De SVB voert eerste uitbetaling uit aan PGB zorgverleners met vast maandbedrag. Dit lukt niet bij alle zorgverleners met een vast maandbedrag. 57.000 zorgovereenkomsten zijn nog niet verwerkt (zowel zorgverleners met een vast maandbedrag als op declaratiebasis).

28-01-2015
De staatssecretaris van VWS komt met brief aan Tweede Kamer waarin hij aangeeft dat het Ministerie van VWS met Per Saldo en de SVB overlegt over de onzekerheden die budgethouders hebben over het systeem van trekkingsrechten. Hij belooft voor 2-2-2015 meer duidelijkheid.

29-01-2015
De staatssecretaris van VWS komt met brief aan Tweede Kamer over de terugblik en vervolg PGB-fraude aanpak. Dit is een terugblik op het plan van aanpak dat hij op 2-12-2012 had opgesteld. Hij verwacht dat met de trekkingsrechten een stap richting fraudebestendigheid is gezet: 'naarmate er meer declaraties worden verwerkt en de betrokken partijen meer ervaring opdoen, het steeds beter mogelijk wordt om verdachte transacties te onderkennen en zo fraude op te sporen.'

01-02-2015
Budgethouders kunnen vanaf begin februari declaraties over januari indienen bij de SVB. Het streven is om deze binnen 5 werkdagen na ontvangst uit te betalen (zie brief 20-01-2014).

02-02-2015
De staatssecretaris van VWS komt met brief aan de Tweede Kamer over de stand van zaken uitbetaling PGB. Hij geeft aan dat er nog onduidelijkheid bestaat over dat bij het trekkingsrecht de zorgverlener pas achteraf wordt uitbetaald. De SVB heeft op dat moment circa 75% van de zorgovereenkomsten verwerkt. Bij de SVB is een Rapid Response Team ingericht, om budgethouders in een spoedeisende situatie zo snel mogelijk te helpen.

04-02-2015
De staatssecretaris van VWS komt met brief aan de Tweede Kamer, waarmee hij de uitgevoerde audits omtrent de trekkingsrechten openbaar maakt.
Er is een spoeddebat in de Tweede Kamer met de staatssecretaris van VWS over noodscenario's voor budgethouders en de gevolgen van de problematiek. De Tweede Kamer dient 7 moties in, die allen worden aangenomen. De moties gaan over een onafhankelijke probleemanalyse, maatwerk in het systeem van de SVB, uitbetalen zonder goedgekeurde zorgovereenkomst, eenduidige communicatie richting budgethouders, de uitvoeringstoets en de betrokkenheid van belangenorganisatie Per Saldo.

12-02-2015
De staatssecretaris van VWS beantwoordt Kamervragen over ontwikkelingen in uitbetaling pgb aan zorgverleners in een Algemeen Overleg trekkingsrecht.

17-02-2015
De staatssecretaris van VWS komt met brief aan de Tweede Kamer over de voortgang van het trekkingsrecht. Hij geeft aan dat de SVB alle 57.000 zorgovereenkomsten uit de werkvoorraad van 30 januari heeft verwerkt, dat er 68.000 maandloners zijn uitbetaald en dat het Ministerie van VWS, Per Saldo en de SVB afspraken hebben gemaakt over de wijze waarop het Rapid Response Team (RRT) uitgebreid en versterkt zou kunnen worden.

24-02-2015
De staatssecretaris van VWS komt met brief aan de Tweede Kamer over de voortgang van het trekkingsrecht. Hij geeft aan dat de werkvoorraad van eind januari (van 70.000 maandloners) is weggewerkt en er 77.000 declaraties (per 23-02-2015) zijn uitbetaald. De SVB verwacht nog 44.000 declaraties te ontvangen. De SVB meldt dat de SVB de betalingstermijn van 5 tot 10 werkdagen in 99% van de gevallen realiseert. Het RRT heeft tot en met 23-02-2015 453 betalingen verricht. De SVB besteedt daarnaast aandacht aan de communicatie en bereikbaarheid richting budgethouders.

26-02-2015
De staatssecretaris van VWS komt met brief aan de Tweede Kamer over de verwerkte zorgovereenkomsten (aantal: 215.000) per 23-02-2015. De staatssecretaris geeft aan dat er bij de SVB nog nieuwe zorgovereenkomsten binnenkomen waardoor er een reguliere werkvoorraad ontstaat. Hij merkt op dat een niet verwerkte zorgovereenkomst ‘uitbetaling van declaraties niet in de weg staat’.

3.6 Onzekerheid over uitvoerbaarheid en effecten ouderbijdrage jeugdhulp

Gemeenten en zorgaanbieders hebben in het eerste kwartaal van 2015 de uitvoerbaarheid van de ouderbijdrage jeugdhulp en de effecten die de bijdrage kan hebben op bijvoorbeeld het mijden van zorg ter discussie gesteld. Een aantal gemeenten heeft het innen van de ouderbijdrage zelfs (tijdelijk) opgeschort. Naar aanleiding van deze signalen heeft de staatssecretaris van VWS, mede namens de staatssecretaris van VenJ, de Tweede Kamer toegezegd onderzoek te doen naar de uitvoerbaarheid en effecten van de ouderbijdrage jeugdhulp. In afwachting van het onderzoek is er onzekerheid bij ouders, gemeenten en zorgaanbieders over de ouderbijdrage jeugdhulp.

Voorbereiding op uitvoering ouderbijdrage medio 2014 gestart
De ouderbijdrage jeugdhulp is onderdeel van de nieuwe Jeugdwet, waarin de jeugdhulp naar gemeenten is gedecentraliseerd. Over de decentralisaties schrijven wij meer in de Staat van de Rijksverantwoording. De concrete voorbereiding op de uitvoering ouderbijdrage jeugdhulp is medio 2014 gestart, toen formeel bekend werd dat het CAK de inning van de ouderbijdragen voor gemeenten op zich zou nemen. Het CAK had echter al in 2013 een uitvoeringstoets uitgevoerd op verzoek van het Ministerie van VWS. Het Ministerie van VWS heeft op 14 augustus 2014 een brief naar alle gemeenten gestuurd en aangegeven dat gemeenten moeten bepalen wie een ouderbijdrage moet betalen. Het CAK heeft vervolgens in het najaar informatiebijeenkomsten georganiseerd voor gemeenten waarin de gegevensuitwisseling tussen het CAK en gemeenten aan bod zijn gekomen. Het Ministerie van VWS heeft er daarnaast voor gezorgd dat het bestand van het Landelijk Bureau Inning Onderhoudsbijdragen (LBIO), die voorheen de ouderbijdrage in de wet op de jeugdzorg uitvoerde, rechtstreeks naar het CAK werd overgeheveld zodat gemeenten alleen voor nieuwe cliënten zelf gegevens aan het CAK moeten aanleveren.

Signalen uitvoerbaarheid eerder afgegeven
Er zijn eerder signalen afgegeven over de uitvoerbaarheid van de Jeugdwet. Zo heeft de Transitiecommissie Stelselherziening Jeugd medio 2014 zorgen geuit of gemeenten per 1 januari 2015 hun informatievoorziening op orde zouden hebben. Dit is nodig zodat gemeenten hun nieuwe taken (waaronder de ouderbijdrage) per 1 januari 2015 uit kunnen voeren.

Een ander signaal betreft de onderbouwing van de korting op het macrobudget Jeugdwet die samenhangt met de verplichte ouderbijdrage. Deze korting bedraagt 26,6 miljoen euro. We constateerden in ons onderzoek naar het macrobudget Jeugdwet en Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 dat deze korting onvoldoende was onderbouwd. Zo ging de staatssecretaris van VWS er van uit dat het inningspercentage van de ouderbijdrage zou stijgen van 75% in de oude situatie naar 85% vanaf 2015, zonder deze aanname te kunnen onderbouwen met harde gegevens. De korting is desondanks wel doorgevoerd.

Verplichte ouderbijdrage niet geïnd
Een aantal gemeenten heeft rond februari 2015 besloten om de verplichte ouderbijdrage jeugdhulp (tijdelijk) niet te innen bij ouders. Gemeenten vinden het innen bezwaarlijk om 3 redenen. De staatssecretaris van VWS heeft, mede namens de staatssecretaris van VenJ, naar aanleiding van deze signalen in februari 2014 een onderzoek aangekondigd, waarin deze 3 redenen nader worden onderzocht.

1. Rechtsongelijke behandeling bij ouderbijdrage
Gemeenten geven aan dat het innen van de ouderbijdrage leidt tot rechtsongelijke behandeling van ouders. Zij geven aan dat ouders van kinderen die vóór 2015 zorg ontvingen op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten of Zorgverzekeringswet geen ouderbijdrage hoeven te betalen. Dit terwijl ouders met kinderen waarvoor de zorg met verblijf vóór 2015 gestart is op grond van de Wet op de Jeugdzorg en die in 2015 wordt voortgezet op basis van het overgangsrecht wel een ouderbijdrage betalen. Verder geven gemeenten aan dat ouders voor de behandeling van hun kind in een ziekenhuis (lichamelijk probleem) geen ouderbijdrage hoeven te betalen, maar als hun kind een behandeling krijgt in een jeugdhulpinstelling (psychisch probleem) wel.

2. Mijden van jeugdhulp door ouderbijdrage
Gemeenten maken zich zorgen dat ouders, vanwege de ouderbijdrage, de behandeling van hun kind gaan mijden. Het kabinet verwacht dat ouders kosten besparen als hun kinderen (tijdelijk) verblijven in een jeugdhulpinstelling en dat zij daarom een bijdrage kunnen betalen. Gemeenten en zorgaanbieders betwijfelen of ouders kosten besparen als hun kind een dagbehandeling krijgt en zij vrezen daarom dat ouders voor extra kosten komen te staan als zij een ouderbijdrage moeten betalen.

3. Uitvoerbaarheid ouderbijdrage in twijfel getrokken
Gemeenten en zorgaanbieders zijn van mening dat het door de regelgeving ingewikkeld is om vast te stellen welke ouder verplicht is een

bijdrage te betalen. Gemeenten en zorgaanbieders moeten naar eigen zeggen veel kosten maken om hun administratie zo in te richten dat ze dit kunnen bepalen. Volgens gemeenten en zorgaanbieders is het de vraag of deze kosten opwegen tegen de inkomsten uit het innen van ouderbijdragen. Daarbij geven gemeenten aan dat ze hun administratie op dit punt nog niet op orde hebben, omdat ze prioriteit hebben gegeven aan het afronden van de transitie per 1 januari 2015. Verder geven gemeenten en zorgaanbieders aan dat het nog niet mogelijk is om geautomatiseerd gegevens uit te wisselen tussen gemeenten, zorgaanbieders en het CAK. Dit leidt volgens hen tot extra kosten voor het handmatig verwerken van gegevens.

Tot 1 juli onduidelijkheid over ouderbijdrage

De staatssecretaris van VWS gaat, mede namens de staatssecretaris van VenJ, de ouderbijdrage onderzoeken en maakt de resultaten van het onderzoek bekend vòòr 1 juli 2015. Dit betekent dat tot uiterlijk 1 juli 2015:

- Het voor ouders onduidelijk is of zij wel of geen ouderbijdrage moeten betalen;
- Het voor gemeenten en zorgaanbieders onduidelijk is wat zij moeten doen ten aanzien van de ouderbijdrage;
- Een aantal gemeenten de Jeugdwet niet naleven, omdat zij de ouderbijdrage (tijdelijk) niet innen;
- Gemeenten inkomsten missen, omdat zij de ouderbijdrage niet innen;
- Het onduidelijk blijft of de korting van 26,6 miljoen euro op het macrobudget Jeugdwet een realistische inschatting is.

Sturing en toezicht op het CAK

Nu het CAK ook taken zal gaan uitvoeren voor gemeenten, rijst de vraag hoe de sturing en het toezicht van de gemeenten op grond van de Jeugdwet zich verhouden tot de sturing en het toezicht vanuit het Rijk op grond van de Kaderwet zbo's. Ook is vooralsnog onduidelijk of is voorzien in onafhankelijke controle door de lokale rekenkamers of de Algemene Rekenkamer op de uitvoering van de Jeugdwettaken door het CAK. Dit speelt ook bij de Wmo 2015, waarbij de SVB en het CAK taken gaan uitvoeren voor gemeenten. Dit hebben wij ook genoemd in onze brief bij het besluit Jeugdwet en onze brief bij de begroting 2015 van het Ministerie van VWS.

Aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer

- Wij bevelen de staatssecretaris van VWS en de staatssecretaris van VenJ aan om duidelijk te maken aan ouders, gemeenten en

zorgaanbieders of de ouderbijdrage jeugdhulp verplicht blijft, op welke wijze deze uitgevoerd moet worden en hoe omgegaan wordt met ouderbijdragen die niet geïnd zullen zijn in de periode tot 1 juli 2015;

- Wij bevelen de staatssecretaris van VWS en de staatssecretaris van VenJ aan om in het onderzoek de haalbaarheid van de korting van 26,6 miljoen euro meenemen;
- Wij bevelen de staatssecretaris van VWS aan om de ouderbijdrage jeugdhulp te zien in het integrale verband van alle bijdragen in het sociaal domein. Dan kan de staatssecretaris ook de gevolgen van het stapelen van bijdragen integraal inzichtelijk maken;
- Wij bevelen de staatssecretaris van VWS aan om, samen met de minister van SZW, duidelijk te maken hoe de sturing en het toezicht van de gemeenten op grond van de Jeugdwet en de Wmo 2015 zich verhouden tot de sturing en het toezicht vanuit het Rijk op grond van de Kaderwet zbo's ten aanzien van de SVB en het CAK.

Reactie van de minister

De minister van VWS geeft aan dat het verkrijgen van volledig inzicht in de concrete uitwerking van beleid van de ouderbijdrage jeugdhulp vooraf niet mogelijk was. Op dit moment wordt, deels op basis van de feitelijke werking van het nieuwe stelsel, onderzoek uitgevoerd naar kosteneffectiviteit van de ouderbijdrage en naar eventuele zorgmijding als gevolg van stapeling van bijdragen. In dit onderzoek wordt ook ingegaan op de onderbouwing van de 26,6 miljoen euro aan opbrengsten van de ouderbijdrage. De minister zegt toe om in overleg te treden met de VNG, de SVB en het CAK over de wijze waarop de sturing en het toezicht van de gemeenten ten aanzien van de SVB en het CAK zich verhouden tot de sturing en het toezicht door het Rijk op grond van de Kaderwet zbo's.
Lees de volledige reactie op verantwoordingsonderzoek.rekenkamer.nl

Nawoord Algemene Rekenkamer

De minister van VWS zegt toe in overleg te gaan met de VNG, SVB en het CAK over de wijze waarop aansturing en toezicht op de SVB en het CAK plaatsvinden. Wij willen de minister van VWS erop wijzen dat de minister van SZW vanuit de Kaderwet zbo's hierbij betrokken hoort te zijn, als verantwoordelijke voor de SVB.

Achtergrondinformatie

Doel ouderbijdrage

Het kabinet is van mening dat ouders moeten bijdragen in de kosten voor het verblijf in een jeugdzorginstelling. Dit vindt het kabinet omdat ouders

minder kosten voor hun kinderen hoeven maken, bijvoorbeeld aan eten en drinken, wanneer de kinderen tijdelijk in een instelling verblijven en niet thuis. Hiervoor heeft het kabinet een verplichte ouderbijdrage opgenomen in de Jeugdwet. In de Jeugdwet staat aangegeven wanneer ouders verplicht zijn een bijdrage te leveren aan de kosten van verblijf in een instelling en wanneer zij zijn uitgezonderd. In de Wet op de jeugdzorg, die van kracht was tot en met 2014, was ook reeds een ouderbijdrage opgenomen.

Om hoeveel geld gaat het?
De staatssecretaris van VWS verwacht dat gemeenten voor een bedrag van 26,6 miljoen euro jaarlijks aan ouderbijdragen kunnen innen. Hij heeft dit bedrag daarom als korting in mindering gebracht op het Macrobudget Jeugdwet.

Om hoeveel kinderen gaat het?
De staatssecretaris van VWS heeft, mede namens de staatssecretaris van VenJ, aangegeven dat de verplichte ouderbijdrage betrekking heeft op circa 50.000 kinderen. Het betreft circa 34.000 kinderen die in 2014 onder de Wet op de jeugdzorg vielen, circa 11.000 kinderen die onder de AWBZ vielen en circa 5000 kinderen die onder de Zvw vielen.

Innen van de ouderbijdrage
Gemeenten zijn per 1 januari 2015 verantwoordelijk voor het bieden en financieren van jeugdhulp. Zij ontvangen dan ook de bijdrage van ouders aan de kosten van verblijf van hun kinderen. Hiervoor moeten gemeenten zelf vaststellen wie een ouderbijdrage verschuldigd is. Vervolgens informeren zij het CAK. Het CAK stelt de hoogte van de ouderbijdrage vast en int deze voor de betreffende gemeenten. Het CAK heeft hiervoor ook informatie nodig over de zorg die geleverd gaat worden. Deze informatie verkrijgt het CAK van de betreffende gemeente of van de instelling die de zorg levert.

3.7 Toekenningen huishoudelijke hulp toelage in strijd met Financiële verhoudingswet

Het Ministerie van VWS wijkt bij de uitvoering van de huishoudelijke hulp toelage (HHT) op 2 punten, ten onrechte, af van de systematiek van een decentralisatie-uitkering, zoals de Financiële verhoudingswet die voorschrijft. Ten eerste is de staatssecretaris van VWS verplichtingen richting gemeenten aangegaan, terwijl dit de bevoegdheid is van de minister van BZK en de minister van Financiën als beheerders van het Gemeentefonds. Dit is in strijd met de Financiële verhoudingswet. Hierdoor zijn deze verplichtingen op onrechtmatige wijze toegekend. De financiële omvang van deze toekenningen bedraagt 246 miljoen euro. Ten tweede vraagt de staatssecretaris van VWS abusievelijk aan gemeenten om het geld terug te storten als het niet voor de HHT wordt gebruikt. Dit verzoek is in strijd met de bestedingsvrijheid die gemeenten hebben bij een decentralisatie-uitkering.

Uitvoering HHT wijkt af van decentralisatie-uitkering

De huishoudelijke hulp toelage (HHT) is ingesteld voor behoud van de werkgelegenheid binnen de sector van de huishoudelijke hulp. Deze regeling is door de minister van SZW en de staatssecretaris van VWS gezamenlijk geïnitieerd vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de arbeidsmarkt in de zorg. De staatssecretaris van VWS heeft de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de regeling op zich genomen. De HHT is een decentralisatie-uitkering. In het tabblad 'achtergrondinformatie' leggen wij uit wat een decentralisatie-uitkering is. Wij gaan in de Staat van de Rijksverantwoording nader in op de decentralisatie van de Jeugdwet en Wmo 2015. Wij constateren dat het Ministerie van VWS bij de uitvoering van de huishoudelijke hulp toelage op 2 punten afwijkt van de systematiek van een decentralisatie-uitkering, zoals de Financiële verhoudingswet die voorschrijft.

Toekenningen in strijd met Financiële verhoudingswet

De staatssecretaris van VWS is verplichtingen richting gemeenten aangegaan, door het versturen van toekenningsbrieven aan gemeenten waarin hij de HHT-budgetten voor 2015 en 2016 vermeldt, terwijl dit de bevoegdheid is van de minister van BZK en de minister van Financiën als beheerders van het Gemeentefonds. Dit is in strijd met artikel 13 lid 1 van de Financiële verhoudingswet, waarin staat dat de beheerders van het Gemeentefonds de verdeling van het geld tussen gemeenten moeten vaststellen. Het ministerie heeft aangegeven dat de brieven niet als formele toekenning bedoeld waren. Echter, door de gekozen formulering moeten de brieven wel worden beschouwd als formele toekenning. Wij

concluderen op basis hiervan dat de toekenningen van 246 miljoen euro voor 2015 en 2016 op onrechtmatige wijze tot stand zijn gekomen. We dringen er bij het kabinet op aan om te bezien in hoeverre deze onrechtmatigheid hersteld kan worden. Wij zullen hier in onze Verantwoordingsonderzoeken over 2015 en 2016 nader op ingaan. In ons verantwoordingsonderzoek bij het Ministerie van BZK vermelden wij dit ook.

Verzoek tot terugstorten in strijd met bestedingsvrijheid decentralisatie-uitkering

Wanneer het kabinet kiest voor een decentralisatie-uitkering, geven ze gemeenten beleidsvrijheid. Desondanks verzoekt de staatssecretaris van VWS abusievelijk in zijn toekenningsbrieven aan gemeenten om het HHT geld terug te storten als gemeenten het niet (geheel) voor het beoogde doel gebruiken. De staatssecretaris heeft op 11 februari 2015 de Tweede Kamer gemeld ervan uit te gaan dat gemeenten het geld terug zullen betalen, wanneer in de praktijk blijkt dat de HHT niet of slechts gedeeltelijk voor het beoogde doel wordt ingezet. Het verzoek van de staatssecretaris tot terugstorten, is in strijd met artikel 13 lid 2 van de Financiële verhoudingswet, dat stelt dat het geld van decentralisatie-uitkeringen ten goede komen van de algemene middelen. Gemeenten hebben daarmee bestedingsvrijheid over de HHT. Door aan gemeenten te vragen om geld terug te storten indien het geld niet voor het beoogde doel wordt ingezet, stelt de staatssecretaris impliciet eisen aan de besteding. Als het terugstorten een mogelijkheid had moeten zijn dan had de staatssecretaris voor een specifieke uitkering moeten kiezen.
Wij concluderen dat het Ministerie van VWS voor de HHT in de uitvoering een mengvorm heeft gecreëerd van de decentralisatie-uitkering en een specifieke uitkering. Dit draagt niet bij aan de beoogde heldere bevoegdheids- en verantwoordelijkheidsverdeling (vanuit het kabinetsprincipe ‘je gaat er over of niet’). Wij hebben dit probleem al opgemerkt in onze brieven bij de begrotingen 2015 van de Ministeries van VWS en BZK.

Aangegane verplichtingen overschrijden budget

Het Ministerie van VWS heeft voor 2015 en 2016 in totaal 246 miljoen euro aan HHT toegekend. Dit is 56 miljoen euro meer dan het budget van 190 miljoen euro dat met de Tweede Kamer is afgesproken en in de begroting 2015 van het Gemeentefonds voor 2015 en 2016 is opgenomen. De overschrijding van het beschikbare budget is op 11 december 2014 door de staatssecretaris van VWS en minister van SZW gemeld aan de Tweede Kamer. Dit was echter nadat het Ministerie van VWS het merendeel van de verplichtingen al was aangegaan. Dit

betekent dat de minister van BZK en de minister van de Financiën het budget voor de HHT in de begroting van het gemeentefonds 2015 via de 1e suppletoire begroting moeten aanvullen met 56 miljoen euro.

Aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer

- Wij bevelen de minister van VWS aan om in de bedrijfsvoeringsparagraaf bij het jaarverslag 2014 transparant te maken dat de toekenning van de HHT niet is verlopen volgens de geldende regels en welke consequenties dit heeft voor de rechtmatigheid;
- We dringen er bij het kabinet op aan om te bezien in hoeverre deze onrechtmatigheid hersteld kan worden;
- Wij hebben de minister van BZK in het Verantwoordingsonderzoek BZK 2014 aanbevolen vanuit zijn regierol voor de financiële verhoudingen tussen de bestuurslagen te zorgen voor een goede afstemming met vakministers over uitkeringen van het uitkeringsstelsel.

Reactie van de minister

De minister van VWS onderkent dat de formulering van de brieven aan gemeenten over de budgetten voor de huishoudelijke hulp toelage voor meerdere uitleg vatbaar is. De minister had beoogd om de huishoudelijke hulp toelage binnen de bestaande wettelijke kaders en overeenkomstig de vaste werkverdeling tussen VWS en BZK toe te kennen. De minister zegt toe om samen met de minister van BZK te bezien in hoeverre tegemoet kan worden gekomen aan de aanbeveling om de mogelijkheden tot herstel te onderzoeken.
Lees de volledige reactie op verantwoordingsonderzoek.rekenkamer.nl

Nawoord Algemene Rekenkamer

Wij vinden het jammer dat de minister van VWS niet ingaat op onze aanbeveling om de consequenties voor de rechtmatigheid transparant te maken. In onze Verantwoordingsonderzoeken 2015 en 2016 zullen wij nagaan of herstel van de geconstateerde onrechtmatigheid heeft plaatsgevonden.

Achtergrondinformatie

Opzet van een decentralisatie-uitkering

Per 1 augustus 2008 is het fenomeen ‘decentralisatie-uitkering’ wettelijk geregeld. Hiermee kan het Rijk bijdragen verstrekken via het Gemeentefonds, zonder gebonden te zijn aan de verdeelsystematiek van de algemene uitkering. Het Rijk kan een decentralisatie-uitkering instellen als het nog niet weet wanneer het geld worden toegevoegd aan

de algemene uitkering. De decentralisatie-uitkering is apart zichtbaar op de begroting van het Gemeentefonds. Een gemeente ziet dus hoeveel geld er voor dat beleidsterrein beschikbaar is gesteld. Tegelijkertijd is het geld onderdeel van de algemene fondsen en daarmee formeel niet geoormerkt. Gemeenten zijn dus niet verplicht het geld te besteden aan het betreffende beleidsterrein. De minister is daarom niet verantwoordelijk voor hoe decentrale overheden het geld besteden. Wel moet de decentrale uitvoering bijdragen aan het beleid van de minister.

3.8 Onnodige regels in gehandicaptenzorg: maatwerkaanpak VWS veelbelovend

De omvang van regeldruk in de gehandicaptenzorg werd, uitgedrukt in geld, in 2010 geschat op 65 tot 79 miljoen euro. Sinds 2004 probeert VWS om onnodige regels aan te pakken, zodat meer tijd kan worden besteed aan cliënten. Er zijn kwantitatieve doelen gesteld om onnodige regeldruk te verlagen. De berekening van regeldruk kent echter begrenzingen en de door VWS gerealiseerde verlaging van regeldruk is niet altijd merkbaar voor het veld. Daarom is VWS onder meer in de gehandicaptenzorg gestart met een maatwerkaanpak (Experiment Regelarme Instellingen). Deze aanpak is veelbelovend.
Hieronder lichten we de maatwerkaanpak toe en gaan we in op de begrenzingen van de berekening van regeldruk.

Maatwerkaanpak onnodige regeldruk kent 3 succesfactoren
VWS hanteert bij wijze van experiment een nieuwe aanpak om onnodige regeldruk in de langdurige zorg, waaronder de gehandicaptenzorg, te verlagen. Onnodige regels zijn alle regels die de kwaliteit en efficiëntie van de zorg aan cliënten niet verbeteren of zelfs negatief daarop uitwerken. Het experiment van VWS kent 3 succesfactoren: (1) ruimte voor initiatieven van instellingen zelf, (2) ondersteuning door een ambtenaar (‘buddy’) van het ministerie, en (3) een werkwijze op basis van enerzijds vertrouwen en anderzijds stevig ingrijpen als het misgaat.

Verschillende actielijnen onderdeel aanpak onnodige regeldruk
Het kabinet-Rutte/Asscher werkt rijksbreed op verschillende manieren aan het verlagen van onnodige regeldruk. Zo worden alle wetten kritisch bekeken om onnodige regels te identificeren en te kunnen aanpassen of verwijderen. Ook wordt ingezet op het verbeteren van de (digitale) dienstverlening (EZ en BZK, 2014). Een deel van de effecten van de maatregelen die de overheid neemt, kunnen worden gekwantificeerd met behulp van een rekenmodel (Directie Regeldruk en ICT beleid, 2014).
Sinds het tweede kabinet-Balkenende heeft ieder kabinet zichzelf een concreet kwantitatief doel gesteld (vanaf 2004) voor het verlagen van onnodige regeldruk. VWS heeft tot nu toe volgens de berekening de regeldruk met 986 miljoen euro verlaagd (voor verdere uitleg zie: achtergrondinformatie). De berekening kent een aantal begrenzingen (voor verdere uitleg hierover zie verderop bij onze bevindingen over de berekening van regeldruk).
Het kabinet-Rutte/Asscher heeft opgemerkt dat de lastenvermindering die de afgelopen jaren is gerealiseerd niet altijd merkbaar is voor de zorginstellingen en zorgprofessionals (EZ en BZK, 2014). VWS heeft

daarom gekozen voor een aanpak-op-maat om de regeldruk te verlagen. Dit gebeurt in het Experiment Regelarme Instellingen (ERAI). De meeste experimenten zijn in 2013 van start gegaan (VWS, 2014b).

Deelnemende instellingen positief over maatwerkaanpak
ERAI is bedoeld om onnodige administratieve handelingen weg te nemen en zo de zorgverlener binnen de deelnemende zorginstellingen meer tijd voor de zorg zelf te geven. Dit experiment wordt door het veld (zorginstellingen en zorgprofessionals) overwegend positief ontvangen. Een belangrijk tussenresultaat van ERAI is dat de verlaging van regeldruk ertoe heeft geleid dat meer cliënten konden worden geholpen met hetzelfde bedrag. Ook heeft ERAI geleid tot een verbetering van de kwaliteit wat zich uitte in een grotere medewerkers- en cliënttevredenheid (VWS, 2014a en 2014b; zie ook evaluatie voor de sector Verpleging en Verzorging in opdracht van ActiZ door Bureau HHM, 2014).
In totaal hebben 28 zorginstellingen binnen de 3 sectoren van de langdurige zorg (verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg) aan het experiment meegedaan. Daarvan waren er 6 gehandicaptenzorginstellingen (VWS 2014a), van in totaal 165 gehandicaptenzorginstellingen.
Voor ERAI heeft VWS in 2014 geen extra uitgaven gedaan aan de deelnemende zorginstellingen. Wel heeft VWS in 2014 uitgaven gedaan voor onder andere het faciliteren van bijeenkomsten en organiseren van werkbezoeken. Dit is onderdeel van het reguliere beleidswerk en hierover houdt VWS geen specifieke administratie bij. Ook de betrokken partijen met een wettelijke taak (zoals het Centrum Indicatiestelling Zorg en de Nederlandse Zorgautoriteit) hebben binnen hun reguliere budget meer werk verricht voor de deelnemende instellingen. VWS kan niet achterhalen wat de exacte uitgaven aan ERAI zijn geweest.

Succesfactor 1: ruimte voor initiatief bij veld zelf
Eén van de succesfactoren van ERAI is de ruimte die zorginstellingen krijgen om zelf initiatieven voor het afschaffen of aanpassen van regels in te dienen bij VWS en daarmee te experimenteren. Het kan daarbij zowel gaan om externe (door andere partijen opgelegde) regels, als om interne (door de zorgaanbieder zelf opgelegde) regels. Ook biedt ERAI de ruimte om de door de instellingen *ervaren* regeldruk aan te pakken.
ERAI was voor veel instellingen aanleiding om interne regels ter discussie te stellen en te verminderen. Het experiment heeft dan ook hoofdzakelijk bij de zorgaanbieders zelf tot een cultuuromslag en een verlaging van regeldruk geleid (VWS, 2014a en 2014b).

Een deel van de verlaging van de regeldruk bleken de instellingen niet zelf te kunnen verwezenlijken. Het ging om regels die niet alleen door de instelling zelf werden opgelegd, maar ook door diverse andere instellingen in de zorgketen, zoals het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de zorgkantoren. Om de betrokken ketenpartijen bij elkaar te brengen en deze regels aan te kunnen pakken, kregen de instellingen steun van het ministerie (Stichting Philadelphia, 2014).
Na 'Succesfactor 3: werken volgens uitgangspunt *High trust, high penalty*' hebben wij een voorbeeld uitgewerkt van een gehandicaptenzorginstelling die de regeldruk in de keten binnen ERAI heeft aangepakt. Het gaat hier om de AO/IC-kaderregeling, opgelegd door de NZa.

Succesfactor 2: ondersteuning door VWS-'buddy'
Een tweede succesfactor van ERAI is de ondersteuning die elke deelnemende zorgaanbieder krijgt van een ambtenaar ('buddy') van VWS. De primaire taak van de buddy is om voor de instelling als eerste aanspreekpunt te fungeren. Vragen over het experiment worden door de buddy beantwoord en zo nodig doorgeleid naar partijen in de zorgketen zoals het CIZ, de NZa en de zorgkantoren (In voor zorg!, datum onbekend). Indien nodig dringt de buddy aan op medewerking van deze ketenpartijen.
Uit de gesprekken die wij hebben gevoerd met zorginstellingen blijkt dat de ondersteuning door de buddy als cruciaal ervaren werd. Dat gold met name voor het contact tussen de zorgaanbieder en andere partijen in de keten.

Succesfactor 3: werken volgens uitgangspunt *High trust, high penalty*
Een derde succesfactor van ERAI is gelegen in het uitgangspunt 'high trust, high penalty'. Er wordt, met andere woorden, gewerkt op basis van een grote mate van vertrouwen, maar als het misgaat wordt er stevig ingegrepen (VWS, 2011a). In de praktijk betekent dit dat de instellingen binnen ERAI de vrijheid krijgen om te experimenteren met een werkwijze waarin vertrouwen het uitgangspunt vormt (VWS, 2014a). De nadruk ligt dus niet, zoals in het huidige systeem, op controle, maar op verantwoording in een sfeer van vertrouwen. In diverse onderzoeksrapporten is de afgelopen 10 jaar geconstateerd dat de sterke nadruk op controle een belangrijke oorzaak is van de regeldruk in de langdurige zorg en dat het uitgangspunt 'high trust, high penalty' een wenselijk alternatief is (de Beer e.a., 2002; In voor zorg!, 2011; Meurs, 2014; Plexus en BKB, 2010; van Rijn e.a., 2006). Bij het uitgangspunt

van 'high trust, high penalty' blijven zorginstellingen wel verantwoording afleggen, maar dan over einduitkomsten en niet over processen.
In de ERAI-tussenevaluatie hebben de zorginstellingen aangegeven dat de overgang naar het uitgangspunt 'high trust, high penalty' moeilijk blijkt (VWS, 2014a). Tevens wordt aangegeven dat de overgang van een systeem dat uitgaat van controle naar een systeem dat uitgaat van vertrouwen tijd kost (Meurs, 2014). Het uitgangspunt 'high trust, high penalty' wordt door de gehandicaptenzorginstellingen die wij hebben gesproken positief beoordeeld. Uit deze gesprekken kwam naar voren dat niet alleen de instellingen, de partijen in het veld en VWS een belangrijke rol spelen bij het creëren van een systeem op basis van vertrouwen, maar ook de politiek. "De politiek moet ophouden met het reageren op incidenten door meer informatie uit te vragen". Ook uit de ERAI-tussenevaluatie blijkt dat incidenten en politieke druk vaak leiden tot meer verantwoording.

Voorbeeld van een experiment: loslaten AO/IC-kaderregeling
De kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle (AO/IC-kaderregeling) van de NZa bevat gedetailleerde voorschriften voor zorginstellingen over hoe ze hun administratie moeten vormgeven. De regeling is verplicht voor alle instellingen in de langdurige zorg. In ERAI hoeft de gehandicaptenzorginstelling JP van den Bent Stichting zich niet te houden aan de AO/IC-kaderregeling. Zij is vrij gelaten om in de geest van de regels haar eigen administratie te voeren en de controle zo in te richten dat het aansluit bij haar primaire werkprocessen.
De stichting is in overleg met haar accountants een manier van werken overeengekomen die aansluit bij haar werkwijze. Door het loslaten van de AO/IC-kaderregeling werd de controlefunctionaris overbodig. De accountants gaan uit van het principe: 'Als de cliënt tevreden is en de medewerkers tevreden zijn, dan mag je ervan uitgaan dat de zorg die is geleverd rechtmatig is'. Hierbij wordt wel door de accountant vastgesteld dat de uitgaven passen binnen het budgettair kader. Ook kijkt hij, net als binnen de AO/IC-kaderregeling, of er aansluiting is tussen de zorg in het zorgregistratie-systeem en de declaraties die zijn ingediend bij het zorgkantoor. De nadruk ligt echter op de primaire processen, waarbij de cliënt altijd centraal staat. Door te kijken naar de dagelijkse praktijk van de JP van den Bent Stichting verkrijgt de accountant een vergelijkbare zekerheid over bijvoorbeeld de levering van de gedeclareerde zorg, als onder de AO/IC-kaderregeling.
De AO/IC-kaderregeling loslaten gaat niet vanzelf goed. Veel hangt af van de cultuur binnen de zorginstelling en het gedrag van het management en de zorgprofessionals. Elkaar aanspreken, redeneren vanuit de cliënt en *zero tolerance* bij niet-integer handelen zijn essentiële

randvoorwaarden om de AO/IC-kaderregeling succesvol te kunnen loslaten.

Onbekend of ERAI wordt verlengd

Eind 2013 liep de oorspronkelijke termijn van ERAI af. Het experiment is toen voor 1 jaar verlengd; eind 2014 is ERAI op verzoek van de Tweede Kamer nogmaals voor de looptijd van 1 jaar verlengd (NZa, 2014; VWS, 2014b). Voor de periode na 2015 is nog onbekend of ERAI zal worden verlengd. De staatssecretaris van VWS heeft in oktober 2014 aangekondigd de uitkomsten van ERAI te vertalen naar de vernieuwingsagenda voor de langdurige zorg, die voor de zomer van 2015 gereed zal zijn (VWS, 2014c). Het is echter onbekend hoe deze vernieuwingsagenda er uit komt te zien en welke elementen uit ERAI hierin terug zullen komen.
De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) maakt zich zorgen over de regeldruk die de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo 2015) met zich mee zal brengen (VGN, 2014). Met ingang van 1 januari 2015 is namelijk de langdurige zorg, waaronder de gehandicaptenzorg, hervormd. De delen van de zorg die tot 2015 onder de AWBZ vielen, vallen nu onder de Wmo 2015, Wet Langdurige Zorg, Zorgverzekeringswet en Jeugdwet. Eén van de door ons geïnterviewde instellingen had tot voor kort te maken met zeven zorgkantoren. Onder de Wmo 2015 en de Jeugdwet heeft deze instelling te maken met 83 gemeenten.

Berekening onnodige regeldruk omvat niet alles

Sinds het tweede kabinet-Balkenende hebben de achtereenvolgende kabinetten zichzelf steeds een concreet kwantitatief doel gesteld voor het verlagen van onnodige regeldruk. Om te meten wat het afschaffen van regels precies oplevert in termen van geld, gebruikt de rijksoverheid een rekenmodel. VWS heeft volgens dit rekenmodel de regeldruk in totaal met 986 miljoen euro verlaagd. Het rekenmodel kent echter 2 begrenzingen.

Begrenzing 1: berekening regeldruk gaat alleen over rijkswetten en -regels

In de berekening van regeldruk door VWS worden alleen nationale wetten en regels van de Nederlandse rijksoverheid meegenomen, inclusief de richtlijnen die vanuit Europa aan Nederland worden opgelegd. Er zijn echter meer partijen die wetten en regels opleggen die regeldruk veroorzaken, zoals decentrale overheden en zorginstellingen zelf. Hieronder staat een overzicht van deze partijen.

Partijen die, naast de rijksoverheid, regeldruk in de zorg kunnen veroorzaken

Partij	Voorbeeld
Partijen die een wettelijke taak uitvoeren	Partijen (zoals NZa, CIZ en Zorginstituut Nederland) kunnen regels verplicht stellen, zoals de AO/IC-kaderregeling (zie hierboven: 'Voorbeeld van een experiment: loslaten AO/IC-kaderregeling')
Zorginstellingen of brancheverenigingen	Kunnen regels verplicht stellen, bijvoorbeeld over de invulling van de inhoud van het zorgplan voor cliënten
Europa	Europese verordeningen, zoals het voedselveiligheidssysteem Hazard Analysis and Critical Control Points (HACCP)
Decentrale overheden (provincies en gemeenten)	Kunnen regels verplicht stellen, zoals regels over brandveiligheid

In de berekening van VWS worden de prestaties om regeldruk te verlagen van slechts 1 van de 5 partijen belicht: de rijksoverheid. Regels die verplicht worden gesteld door partijen die een wettelijke taak uitvoeren worden soms wel en soms niet meegenomen in de berekening. De regels/verordeningen van de andere 3 partijen worden helemaal niet meegenomen in de berekening. Dit blijkt uit informatie die wij bij VWS hebben opgevraagd.
Het is daardoor onbekend hoe groot de totale omvang van regeldruk is die zorgprofessionals ervaren. Ook is onbekend welk deel van de totale omvang van (onnodige) regeldruk wordt veroorzaakt door de rijksoverheid en welk deel door de andere partijen.

Begrenzing 2: eenmalige veranderkosten zijn niet meegenomen in berekening
In de berekening van de regeldruk in de zorg zitten wel de structurele kosten die een bepaalde nationale wet of regel van de rijksoverheid met zich meebrengt, maar niet de kosten voor het invoeren van een nieuwe of gewijzigde wet of regel. Deze kosten worden 'eenmalige veranderkosten' genoemd. De eenmalige veranderkosten van een wet of regel worden voorafgaand aan de invoering c.q. wijziging van een wet of regel wel door VWS berekend, maar ze worden niet meegenomen in de calculatie van de bereikte regeldrukvermindering. Daardoor is niet vast te stellen of en in hoeverre de kosten proportioneel zijn ten opzichte van de structurele kostenverlaging die een nieuwe of gewijzigde wet of regel met zich meebrengt.
Een voorbeeld van hoe dit in de praktijk werkt: de stelselwijziging in de AWBZ in 2015 levert naar inschatting van VWS een besparing op van 15,5 miljoen euro per jaar. De eenmalige veranderkosten bedragen naar verwachting 36,3 miljoen euro (SIRA consulting, 2014). In de huidige

kwantitatieve berekening van regeldrukvermindering wordt na een overgangsjaar uitgegaan van een kostenbesparing van 15,5 miljoen euro per jaar. Als de eenmalige kosten mee zouden worden genomen in de berekening, zou deze netto besparing 3 jaar na het overgangsjaar gerealiseerd worden.
Het Adviescollege toetsing regeldruk (Actal) heeft in 2014 bij verschillende gelegenheden aanbevolen om systematisch en transparant inzicht te geven in de omvang van de eenmalige veranderkosten van nieuwe of gewijzigde wet- en regelgeving (Actal, 2014a, 2014b en 2014c). De verantwoordelijke ministers voor regeldruk hebben echter aangegeven dit advies niet op te zullen volgen "omwille van de vergelijkbaarheid van cijfers over de jaren heen" (EZ en BZK, 2014, p.4).

Literatuur

- Actal (2014a). Regeldruk door verandering van wet- en regelgeving. Brief van de Collegevoorzitter van Actal aan de Minister van Economische Zaken. Kenmerk: JtH/RvZ/JT/TZ/2014/018.
- Actal (2014b). Transitieplannen Langdurige Zorg en Wet Jeugd. Brief van de Collegevoorzitter van Actal aan de Staatssecretaris van VWS. Kenmerk: JtH/RvZ/MK/2014/042.
- Actal (2014c). Modernisering van de overheid. Brief van de Collegevoorzitter van Actal. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 29362, nr. 239. Den Haag: Sdu.
- Beer, de J.F. e.a. (2001). Minder regels, meer zorg. Commissie terugdringing administratieve lasten zorgsector. Commissie terugdringing administratieve lasten zorgsector (2002). Minder regels, meer zorg.
- Bureau HHM (2014). Evaluatie experimenten regelarme instellingen (ERAI) in opdracht van AcitZ. Enschede: Bureau HHM
- Directie Regeldruk en ICT beleid (2014). Handboek meting regeldruk. Opgesteld door directie Regeldruk en ICT beleid, Ministerie van EZ. Conceptversie van 1 juli 2014.
- ECORYS (2010). Lastenposten voor de gehandicaptenzorg. Indirecte endirecte kosten van toezicht en regulering in de gehandicaptenzorg. Rotterdam: ECORYS Nederland BV.
- EL&I (2011a). Programma Regeldruk Bedrijven 2011-2015. Bijlage bij: Kabinetsplan aanpak administratieve lasten. Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, 29515, nr. 327. Den Haag: Sdu.
- EL&I (2011b). Voortgang Programma Regeldruk Bedrijven 2011-2015. Bijlage bij: Kabinetsplan aanpak administratieve lasten. Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, 29515, nr. 333. Den Haag: Sdu.

- EL&I (2012). Voortgangsrapportage regeldruk bedrijven. Bijlage bij: Kabinetsplan aanpak administratieve lasten. Tweede Kamer, vergaderjaar 2011-2012, 29515, nr. 338. Den Haag: Sdu.
- EZ & BZK (2013). Modernisering van de overheid. Programmabrief 'Goed Geregeld, een verantwoorde vermindering van regeldruk 2012-2017'. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012-2013, 29362, nr. 212. Den Haag: Sdu.
- EZ & BZK (2014). Modernisering van de overheid. Voorjaarsrapportage regeldruk. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 29362, nr. 235. Den Haag: Sdu.
- In voor zorg! (2011). Op weg naar minder administratieve lasten. Utrecht: In voor zorg!
- In voor zorg! (datum onbekend). Van regels naar mensen. Deel 3. Experiment Regelarme Instellingen in de langdurige zorg. Utrecht: In voor zorg!
- Meurs, P. (2014). Van regeldruk naar passende geregeld. Vertrouwen,Veerkracht, Verantwoordelijkheid, Vrijheid. Bijlage bij: Kamerbrief over vermindering regeldruk in de zorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 29 515, nr. 352. Den Haag: Sdu.
- NZa (2014). Brief betreffende voorgenomen beleid beleidsregel experiment regelarme instellingen Zorgverzekeringswet.
- Plexus & BKB (2010). Meer tijd voor de cliënt. Breukelen: Plexus en BKB.
- PwC (2006). Reduceren administratieve lasten: meer dan schrappen van regelgeving. Utrecht: PwC.
- Rijn, M.J. van e.a. (2006). Een kwestie van vertrouwen. Over transparantie en verantwoorden in de zorg en het terugdringen van administratieve lasten. VWS-commissie administratieve lasten in de zorg. Den Haag: OBT bv.
- SIRA consulting (2014). Regeldruk hervorming langdurige zorg. Onderzoek naar de regeldruk in het nieuwe stelsel van langdurige zorg. Nieuwegein: SIRA Consulting BV.
- Stichting Philadelphia (2014). Eindrapport Experiment Regelarme Zorg. VGN (2014). WMO 2015. Brief van VGN aan de leden van de Tweede Kamercommissie voor VWS. Kenmerk: B20141003MM. Geraadpleegd via: http://www.vgn.nl/artikel/21429.
- VWS (2011a). Toekomst AWBZ. Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, 30597, nr. 186. Den Haag: Sdu.
- VWS (2011b). Kwaliteit van zorg. Kabinetsplan aanpak administratieve lasten. Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, 31765 en 29515, nr. 50. Den Haag: Sdu.
- VWS (2013a). Gezamenlijke agenda VWS 'Van systemen naar mensen'. Bijlage bij: Beleidsdoelstellingen op het gebied van

Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Verslag schriftelijk overleg inzake gezamenlijke agenda 'Van systemen naar mensen' van de bewindslieden van VWS. Eerste Kamer, vergaderjaar 2012-2013, 32620, nr. C. Den Haag: Sdu.

- VWS (2013b). Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2014. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 33 750 XVI, nr. 2. Den Haag: Sdu.
- VWS (2014a). Tussenevaluatie experiment regelarme instellingen (ERAI).Bijlage bij: Kwaliteit van zorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 21765, nr. 95. Den Haag: Sdu.
- VWS (2014b). Kwaliteit van zorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 31765, nr. 95. Den Haag: Sdu.
- VWS (2014c). Kwaliteit van zorg. Verslag van een schriftelijk overleg tussen de vaste commissie voor VWS en de staatssecretaris van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 31765, nr. 96. Den Haag: Sdu.
- VWS (2015). Jaarverslag 2014.

Aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer

Aanbeveling 1: bevorder het werken met succesfactoren van het Experiment Regelarme Instellingen

Het recente initiatief van VWS om onnodige regeldruk in onder meer de gehandicaptenzorg te verlagen, is het Experiment Regelarme Instellingen (ERAI). Het is onduidelijk of de staatssecretaris van VWS voornemens is ERAI voor de periode na 2015 te verlengen. De staatssecretaris heeft in 2014 aangekondigd de uitkomsten van ERAI te vertalen naar de vernieuwingsagenda voor de langdurige zorg. Het is echter onbekend hoe deze vernieuwingsagenda er uit komt te zien en welke elementen uit ERAI hierin terug zullen komen.

Omdat het tijd kost voordat de partijen volledig volgens de succesfactoren van ERAI werken (ruimte voor initiatieven van instellingen zelf, ondersteuning van het ministerie en een werkwijze op basis van vertrouwen) bevelen wij de minister van VWS aan:

- ook na afloop van 2015 de 3 voornoemde succesfactoren vast te houden;
- het werken volgens de succesfactoren van ERAI in de *gehele* langdurige zorg te stimuleren.

Hiervoor kan aansluiting worden gezocht bij de aangekondigde vernieuwingsagenda voor de langdurige zorg.

Verder bevelen wij de minister aan:

- bevorder het werken met de succesfactoren ook voor de delen van de langdurige zorg die met ingang van het jaar 2015 gedecentraliseerd zijn naar de gemeenten;
- bezie in hoeverre een opzet zoals ERAI van waarde is om de complexiteit in de regelgeving ook in de *curatieve* zorg tegen te gaan.

ERAI biedt ook aanknopingspunten om in andere sectoren van het publieke domein onnodige regeldruk aan te passen.

Aanbeveling 2: zorg voor beter inzicht in totale omvang regeldruk
De minister van VWS heeft in 2013 de ambitie uitgesproken om (onnodige) regeldruk in de zorg te verlagen (VWS, 2013a). Daartoe dient ze een goed overzicht te hebben van de omvang van (onnodige) regeldruk en de mate waarin die veroorzaakt wordt door de verschillende partijen. Dat overzicht ontbreekt nu.
Wij bevelen de minister aan om ervoor te zorgen dat zij op hoofdlijnen inzicht krijgt in de totale omvang van regeldruk bij zorginstellingen en door welke partijen die wordt veroorzaakt. Met dat inzicht wordt duidelijk waar de meeste winst wat betreft het verlagen van regeldruk te behalen valt en kan onnodige regeldruk in de zorg doelgericht worden aangepakt.

Aanbeveling 3: informeer het veld over berekening regeldruk
Het kabinet-Rutte/Asscher heeft zichzelf als rijksbreed doel gesteld: structurele verlaging van onnodige regeldruk voor bedrijven, burgers en professionals met 2,5 miljard euro in de periode 2012-2017 (EZ en BZK, 2014). Om te berekenen wat het afschaffen van regels oplevert, gebruikt de rijksoverheid een rekenmodel. Deze berekening van onnodige regeldruk kent 2 begrenzingen:

- Ten eerste gaat de berekening alleen over nationale wetten en regels van de rijksoverheid. Regels verplicht gesteld door zorginstellingen zelf, brancheverenigingen, partijen die een wettelijke taak uitvoeren, decentrale overheden of verordeningen uit Europa worden niet meegenomen in de berekening. Bovendien is onbekend welk deel van de totale omvang van (onnodige) regeldruk wordt veroorzaakt door de rijksoverheid en welk deel door de andere partijen.
- Ten tweede wordt de regeldruk (in de vorm van kosten) die voortkomt uit het invoeren of wijzigen van een regel wel gezien, maar niet opgenomen in de berekening.

Wij bevelen de minister van VWS aan om het veld duidelijk te informeren over de begrenzingen die de berekening kent. Zo is helder welke onnodige regels in de langdurige zorg zijn aangepakt en welke niet. De berekening van regeldruk zegt niet per definitie iets over de *ervaren* regeldruk.

Reactie van de minister
De minister van VWS zegt toe de komende periode de aanpak van de ervaren regeldruk in de zorg te gaan versterken. Daartoe zal ze in gesprek gaan met de partijen van de Agenda voor de Zorg. Hierbij zal zij de aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer betrekken. Over haar aanpak zal ze de Tweede Kamer voor de zomer van 2015 informeren en daarbij tevens aandacht besteden aan de berekening van regeldruk.
De minister verwijst naar het Plan van Aanpak Kwaliteit verpleeghuizen, waarin onder meer wordt voortgebouwd op de 3 succesfactoren van ERAI. Daarnaast wordt gewerkt aan het Plan van Aanpak kwaliteit gehandicaptenzorg, waarbij de minister toezegt dat ook voor deze sector gekeken zal worden op welke wijze de kwaliteit kan worden vergroot door bijvoorbeeld ondersteuning van initiatieven in het veld.
De minister zegt toe dat ze zal bezien of een opzet zoals ERAI van waarde kan zijn in de curatieve zorg.
Lees de volledige reactie op verantwoordingsonderzoek.rekenkamer.nl

Nawoord Algemene Rekenkamer
Wij waarderen dat de minister van VWS de aanpak van ervaren regeldruk in de zorg zal gaan versterken en hierbij onze aanbevelingen zal betrekken. Wij gaan er van uit dat de minister met deze aanpak een vermindering van regeldruk in de *gehele* zorg nastreeft. Om de ervaren regeldruk effectief aan te pakken, is volgens ons ook goed overzicht van de *totale* omvang van regeldruk nodig. Wij vinden het jammer dat de minister hier niet op in gaat.
De minister gaat ook niet in op onze aanbeveling om het werken met de succesfactoren ook voor de delen van de langdurige zorg die met ingang van het jaar 2015 gedecentraliseerd zijn naar de gemeenten te bevorderen. Juist nu veel zorgtaken bij gemeenten liggen, is het belangrijk te bezien of de succesfactoren van ERAI ook daar kunnen worden ingezet.

Achtergrondinformatie

Uitleg over centrale begrippen in onderzoek onnodige regeldruk in de gehandicaptenzorg

Er zijn veel begrippen in omloop als het gaat om regels en administratie. Hieronder worden de meest gebruikte begrippen door de rijksoverheid uitgelegd.

- **Administratieve lasten**: De kosten voor zorginstellingen, zorgprofessionals en burgers om te voldoen aan informatieverplichtingen die voortkomen uit wet- en regelgeving. Dit heeft betrekking op het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie (Directie Regeldruk en ICT beleid, 2014).
- **Toezichtslasten**: De kosten die zorginstellingen ondervinden om te voldoen aan de informatieverplichtingen, voortvloeiend uit toezicht. Dit is onderdeel van het begrip administratieve lasten (Directie Regeldruk en ICT beleid, 2014).
- **Inhoudelijke nalevingskosten**: De kosten die bedrijven moeten maken om te voldoen aan de inhoudelijke verplichtingen die wet- en regelgeving stellen aan product of proces (Directie Regeldruk en ICT beleid, 2014).
- **Regeldruk**: De optelsom van administratieve lasten en inhoudelijke nalevingskosten (Directie Regeldruk en ICT beleid, 2014).
- **Ervaren regeldruk**: De regeldruk die zorgprofessionals en cliënten ervaren. Hiermee worden alle administratieve processen bedoeld, ongeacht de veroorzaker hiervan (dus bijvoorbeeld rijksoverheid, Europa, gemeentes, zorginstellingen). Hierbij staan de ervaringen met administratieve handelingen centraal, zoals irritatie en emotionele last (Plexus en BKB, 2010).
- **Eenmalige veranderkosten**: De eenmalige kosten die veranderingen in wet- en regelgeving met zich meebrengen voor zorginstellingen, zorgprofessionals en burgers. Bijvoorbeeld de kosten van het kennisnemen van de veranderingen en de kosten voor het aanpassen van bedrijfssystemen aan de nieuwe of gewijzigde wet- en regelgeving (Actal, 2014c).

Meer over het begrip 'regeldruk'

Het begrip regeldruk zoals de rijksoverheid het momenteel hanteert betreft de regeldruk die ontstaat door nationale wetten en regels die vanuit de rijksoverheid worden opgelegd. Dat zijn regels die door de Nederlandse overheid zijn bedacht. Richtlijnen die vanuit Europa zijn opgelegd aan Nederland vallen ook onder het begrip regeldruk, maar verordeningen die vanuit Europa zijn opgelegd niet. Voor

zorgprofessionals zijn de verschillen tussen de definities niet relevant. Zij denken bij regeldruk aan bureaucratie, onnodig papierwerk en irritatie. Voor hen is het ook niet relevant wie de regels heeft veroorzaakt (bijvoorbeeld Europa, rijksoverheid, decentrale overheden of zorginstellingen).
Het begrip regeldruk heeft niet alleen betrekking op onnodige regels. Het beslaat het hele domein aan regels waar een zorginstelling zich aan moet houden. Een deel van de regels is noodzakelijk voor een goede grip en goed zicht op de kwaliteit van zorg, op verantwoording en op de bekostiging. Het doel van de overheid is om de *onnodige* regels aan te pakken.

Meer over het begrip 'onnodige regels'
Onnodige regels zijn regels die de kwaliteit en efficiëntie van de zorg aan cliënten niet verbeteren of zelfs negatief daarop uitwerken. Onnodige regels kunnen wetten en/of regels zijn die in zijn geheel kunnen worden geschrapt. Onnodige regels kunnen ook gaan over de manier waarop wetten en regels vanuit de rijksoverheid door anderen worden uitgevoerd. Het gaat hierbij bijvoorbeeld over de manier waarop een zorginstelling een algemene wet omzet in voorschriften en administratieverplichtingen.

Gehandicaptenzorg: definitie
Gehandicaptenzorg is de zorg aan mensen met een lichamelijke, verstandelijke en/of zintuigelijke handicap. Mensen met een handicap kunnen op verschillende manieren zorg ontvangen. Ze kunnen wonen in een instelling (intramuraal) waar zorg wordt verleend, maar ze kunnen ook zorg en ondersteuning krijgen in de thuissituatie (extramuraal).

Doelen van het beleid voor de gehandicaptenzorg
Het beleid voor de gehandicaptenzorg valt onder 'langdurige zorg en ondersteuning' (beleidsartikel 3, VWS, 2013b). Dit beleid van VWS heeft 2 doelen:

1. Stimulering van de participatie en zelfredzaamheid van mensen met beperkingen;
2. Zorgdragen voor goede en toegankelijke langdurige zorg tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten.

Niet alleen gehandicaptenzorg valt onder het beleid voor 'langdurige zorg en ondersteuning'. Ook de zorg die wordt verleend aan ouderen (onder de noemer: verpleging en verzorging) en geestelijke gezondheidszorg vallen onder het beleid.

Ons onderzoek gaat over regeldruk in de gehandicaptenzorg. Indien gegevens over de gehandicaptenzorg niet voorhanden waren hebben we ons gebaseerd op gegevens over regeldruk in de langdurige zorg of in het domein van VWS.

Wettelijke basis van het beleid voor de gehandicaptenzorg
De wettelijke basis voor een zorgstelsel ter ondersteuning van beide beleidsdoelen zijn tot en met 2014 de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). We richten ons in ons onderzoek hoofdzakelijk op geld dat werd uitgegeven onder de AWBZ.
De zorg, die onderdeel was van de AWBZ, valt sinds 1 januari 2015 onder 4 verschillende wetten: de Zorgverzekeringswet, de Wmo 2015, de Jeugdwet en de Wet langdurige zorg (Wlz). De Wlz is bedoeld voor intramurale zorg voor mensen die levenslang en levensbreed op zorg zijn aangewezen. Ons onderzoek gaat over de situatie tot en met 2014 en gaat daarmee uit van de oude situatie.

Regeldruk: wat doet het kabinet?
Regeldruk is een thema dat door het kabinet-Rutte/Asscher rijksbreed wordt aangepakt. In de programmabrief ‘Goed geregeld: een verantwoorde vermindering van regeldruk 2012-2017’ uit 2013 staat uitgewerkt welke acties het kabinet neemt om een merkbare verlaging in regeldruk te bewerkstelligen (EZ en BZK, 2013).

Kwantitatieve doelstelling voor aanpak regeldruk
In de programmabrief staat een rijksbrede kwantitatieve doelstelling: regeldruk verlagen met 2,5 miljard euro in 2017 ten opzichte van 2012. De doelstelling is gericht op het verlagen van onnodige regeldruk bij (zorg)instellingen/bedrijven, professionals en burgers, die voorkomt uit nationale wet- en regelgeving (regels die door de Nederlandse overheid zijn bedacht en richtlijnen die vanuit Europa zijn opgelegd). Het is een netto doelstelling. Dit betekent dat eventuele stijgingen in regeldruk door aangepaste en nieuwe regels moeten worden gecompenseerd zodat de totale regeldruk ook daadwerkelijk met 2,5 miljard euro afneemt.
De minister van VWS is verantwoordelijk voor 351 miljoen euro van de kwantitatieve doelstelling. Verlaging van regeldruk moet leiden tot een doelmatiger en efficiëntere inzet van zorgmiddelen (VWS, 2013b). De opbrengsten van het terugdringen van regeldruk zorgen ervoor dat het veld meer tijd en middelen beschikbaar heeft voor de zorg aan cliënten.

Kwalitatieve doelstelling voor aanpak regeldruk
In de programmabrief staan ook *kwalitatieve doelen*. Zo kiest het huidige kabinet voor een maatwerkaanpak in domeinen waar de regeldruk hoog is en wil het de (digitale) dienstverlening verbeteren. Bij deze kwalitatieve doelen wordt niet uitsluitend gekeken naar regeldruk door nationale wet- en regelgeving vanuit de rijksoverheid, maar ook naar regeldruk die wordt veroorzaakt door bijvoorbeeld lokale overheden en instellingen zelf. Er is ook oog voor ervaren regeldruk.
Aan de maatwerkaanpak geeft het kabinet, binnen het domein langdurige zorg, vorm door het Experiment Regelarme Instellingen (ERAI). In ons onderzoek hebben we gekeken naar de opzet en uitkomsten van ERAI binnen de gehandicaptenzorg. Hierbij hebben we ons met name gericht op de experimenten die zijn gedaan met bekostigings- en verantwoordingsregels.

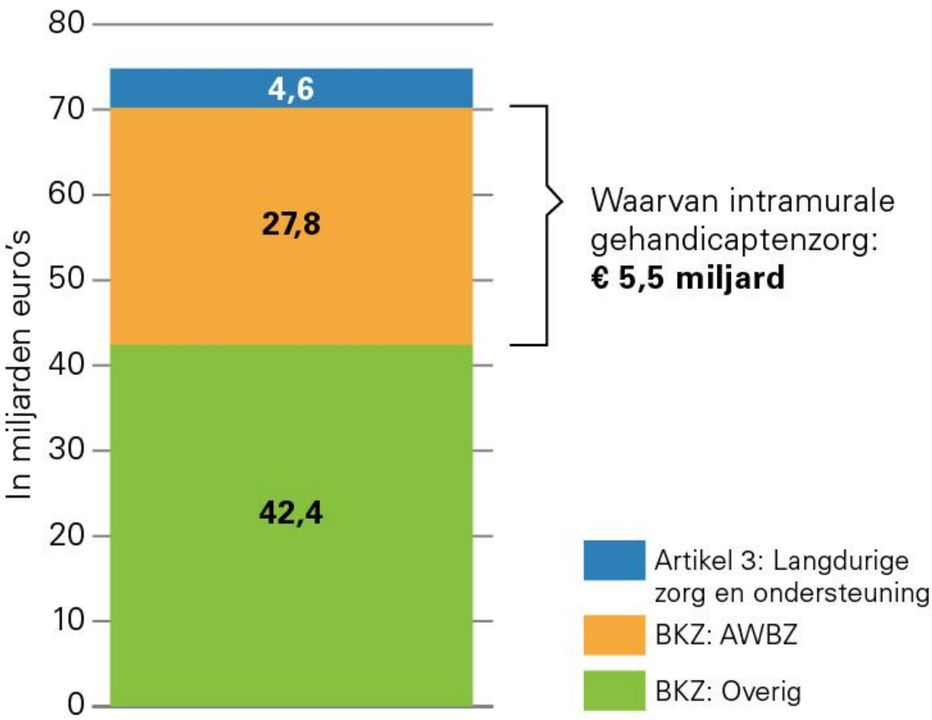
Meer over het Experiment Regelarme Instellingen (ERAI)
Het kabinet-Rutte/Verhagen heeft bij zijn aantreden in 2010 het Experiment Regelarme Instellingen (ERAI) aangekondigd. Het experiment is door de toenmalige staatssecretaris van VWS opgezet en na het aantreden van het kabinet-Rutte/Asscher uitgevoerd en geëvalueerd (VWS, 2011a en 2014a). De toenmalige staatssecretaris heeft aangegeven dat: "Als in het experiment blijkt dat de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg (inderdaad) niet te lijden heeft onder de afwezigheid van de regel, kan deze voor de gehele zorg komen te vervallen" (VWS, 2011b).
De start van het experiment bestond uit een oproep in 2011 van de staatssecretaris van VWS aan de aanbieders van langdurige zorg om te melden welke regels kwaliteits- of doelmatigheidsverbetering in de weg staan en leiden tot onnodige bureaucratie in de zorg. Het veld heeft met 120 voorstellen breed gehoor gegeven aan de oproep. Op basis van de voorselectie en nadere gesprekken kwamen 28 voorstellen in aanmerking om met ERAI mee te doen (VWS, 2014a). In 2013 zijn de meeste experimenten met het loslaten van regels van start gegaan. Binnen de gehandicaptenzorg deden 6 zorginstellingen mee (VWS, 2014b).
Wij baseren onze bevindingen over de succesfactoren bij de maatwerkaanpak op de tussenevaluatie van ERAI (VWS, 2014a) en op aanvullende interviews met veldpartijen. De ervaringen van het veld staan centraal in onze bevindingen.

Kosten van de gehandicaptenzorg

In 2014 bedroegen de totale uitgaven aan zorg 74,8 miljard euro (VWS, 2015). Dit totaalbedrag is opgebouwd uit uitgaven die vallen onder het Budgettair Kader Zorg (BKZ) (70,2 miljard euro; dit zijn bruto uitgaven) en onder beleidsartikel 3 ‘Langdurige zorg en ondersteuning' (4,6 miljard euro). Een groot deel van de uitgaven gaat naar de AWBZ (27,8 miljard euro). Hiervan werd 5,5 miljard euro uitgegeven aan intramurale gehandicaptenzorg. Voor de extramurale zorg binnen de AWBZ zegt VWS dat er geen onderscheid kan worden gemaakt tussen de drie sectoren (gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, en verpleging en verzorging). In onderstaande grafiek worden de uitgaven schematisch weergegeven.

Voor ERAI heeft VWS in 2014 geen extra uitgaven gedaan aan de deelnemende zorginstellingen. Wel heeft VWS in 2014 uitgaven gedaan voor onder andere het faciliteren van bijeenkomsten en organiseren van werkbezoeken. Dit is onderdeel van het reguliere beleidswerk en hierover houdt VWS geen specifieke administratie bij. Ook de betrokken partijen met een wettelijke taak (zoals het Centrum Indicatiestelling Zorg en de Nederlandse Zorgautoriteit) hebben binnen hun reguliere budget meer werk verricht voor de deelnemende instellingen. VWS kan niet achterhalen wat de exacte uitgaven aan ERAI zijn geweest.

Opbouw uitgaven Budgettair Kader Zorg (BKZ) en beleidsartikel 3 langdurige zorg en ondersteuning in 2014



Hoeveel onnodige regeldruk moet er worden afgeschaft binnen de (gehandicapten)zorg?

Het is onbekend wat de totale omvang van regeldruk (uitgedrukt in euro's) is binnen de zorg in het algemeen en binnen de gehandicaptenzorg. De omvang van regeldruk in de gehandicaptenzorg is in 2010 geschat op 65 tot 79 miljoen euro (ECORYS, 2010). Over het algemeen lopen de schattingen van regeldruk in de (gehandicapten)zorg uiteen van 65 miljoen tot 385 miljoen euro (ECORYS, 2010; 'In voor zorg!', 2011; SIRA consulting, 2014). In deze onderzoeken worden echter steeds verschillende definities van regeldruk gehanteerd. Ook betrekken ze niet dezelfde partijen bij hun onderzoek. Dit levert onvergelijkbare onderzoeksuitkomsten op, op basis waarvan geen goed beeld is te krijgen van de kwantitatieve omvang van de regeldruk. Onduidelijk is ook welk deel van de regeldruk kan worden aangemerkt als onnodig. 'In voor zorg!' (2011) is een van de weinige die aangeeft dat van de 385 miljoen euro aan regeldruk in de langdurige zorg per jaar 114 miljoen euro onnodige regels betreft.

Wie is verantwoordelijk voor langdurige zorg en ondersteuning aan gehandicapten?

De minister van VWS is verantwoordelijk voor een goed werkend en samenhangend stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning en legt over de resultaten van dit stelsel verantwoording af aan de Tweede Kamer. De minister ziet er op toe dat de langdurige zorg tegen voor de samenleving aanvaardbare maatschappelijke kosten wordt geleverd.

Sinds 2015 valt een deel van de langdurige zorg, die tot 2015 rechtstreeks in de AWBZ onder de minister viel, onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten (Wmo 2015 en Jeugdwet). Gemeenten leggen hierover verantwoording af aan de gemeenteraad. De minister houdt stelselverantwoordelijkheid.

Wie is verantwoordelijk voor verlaging van de regeldruk?

Binnen het huidige kabinet zijn de ministers van EZ en van BZK verantwoordelijk voor het opzetten van rijksbeleid voor het verlagen van regeldruk bij instellingen/bedrijven, professionals en burgers. Zij houden bij in hoeverre de doelen die staan vermeld in de programmabrief 'Goed geregeld: een verantwoorde verlaging van regeldruk 2012-2017' worden gerealiseerd.

Het Adviescollege toetsing regeldruk (Actal) adviseert de regering en Staten-Generaal over het verminderen van onnodige regeldruk. Actal

heeft ook als taak om gemeenten op hun verzoek te adviseren over hoe zij de lokale regeldruk kunnen beperken of verlagen.

3.9 Oordeel totstandkoming beleidsinformatie

De onderzochte onderdelen van de beleidsinformatie in het Jaarverslag 2014 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn deugdelijk tot stand gekomen en voldoen aan de verslaggevingsvoorschriften.

3.10 Verantwoording onderzoek beleidsresultaten, casus regeldruk gehandicaptenzorg

Onderzoek naar 6 beleidsthema's

In het verantwoordingsonderzoek over 2014 hebben we de beleidsresultaten van 6 beleidsthema's onderzocht:

- Fiscale stimulering (semi-)elektrische auto's (IenM, EZ, Finaniën)
- Programma Beter Benutten (IenM)
- Garantieregelingen voor financiering bedrijven (EZ)
- Professionalisering van leraren (OCW)
- Gevolgen van bezuinigingen op justitiële jeugdinrichtingen (VenJ)
- Onnodige regels in de gehandicaptenzorg (VWS)

Bij de keuze van de thema's hebben wij dit jaar gelet op:

- Het financieel belang ('hoeveel geld kost dit beleid?')
- De belangstelling van de Tweede Kamer ('zijn er debatten en/of Kamervragen gesteld?')
- Het belang voor de burger
- De mate waarin onderwerpen recent onderzocht zijn (door onszelf of anderen)

We hebben voor elk thema onderzocht of duidelijk is hoeveel geld hieraan wordt uitgegeven, waar het geld terecht komt, wat bekend is over de effecten en of de bewindspersonen de Tweede Kamer voldoende informeren over de resultaten van het gevoerde beleid en de daarmee gemoeide uitgaven. Ook hebben we, indien relevant, andere aspecten in ons onderzoek betrokken.

Voor ons onderzoek naar de 6 beleidsthema's baseren we ons – naast de departementale jaarverslagen – op bestaande informatie (bijvoorbeeld evaluatieonderzoeken, departementale rapportages, databestanden van andere instituten) en gesprekken met beleidsmakers en uitvoerders van beleid.

Onderzoek naar 5 beleidsdoorlichtingen

Daarnaast hebben we van 5 beleidsdoorlichtingen de kwaliteit onderzocht:

- Strategische luchttransportcapaciteit (Defensie)
- Seksuele en reproductieve gezondheid en rechten ('SRGR') (BHOS)
- Groen onderwijs (EZ)
- Preventiemaatregelen criminaliteit (VenJ)
- Algemene Nabestaandenwet (SZW)

Voor de beoordeling van de kwaliteit waren de normen van de Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek (RPE) de basis.

In de Staat van de rijksverantwoording staat een samenvattend beeld van de kwaliteit van de beleidsdoorlichtingen en doen we aanbevelingen om de kwaliteit van de beleidsdoorlichting verder te verhogen, zie Beleidsdoorlichtingen: nog te weinig zicht op doelmatigheid en doeltreffendheid.

Methodische verantwoording casus regeldruk gehandicaptenzorg

Het onderzoek bestond uit interviews met de volgende zeven partijen:

- de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN);
- het Ministerie van VWS;
- de JP van den Bent stichting;
- Abrona;
- de Stichting Beroepseer;
- KPMG/Plexus;
- PwC.

Daarnaast hebben we een literatuurstudie gedaan naar regeldruk in de zorg. We zijn in onze literatuurstudie teruggegaan naar 2002, toen de commissie-De Beer als eerste een uitgebreid rapport publiceerde over regeldruk in de zorg. Dit rapport was de eerste in een reeks rapporten die het probleem van regeldruk in de zorg analyseert en oplossingsrichtingen aandraagt. De belangrijkste rapporten die we hebben bestudeerd zijn:

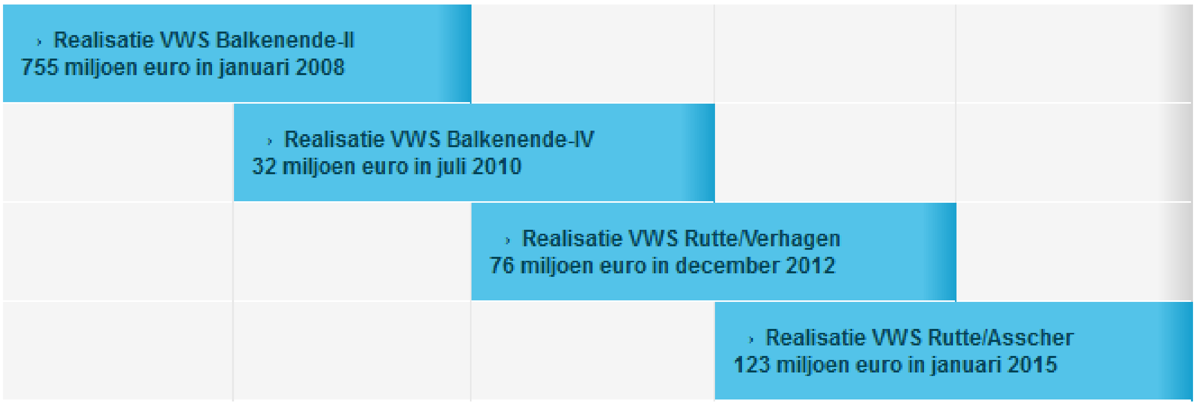
1. Commissie terugdringing administratieve lasten zorgsector (commissie-De Beer) uit 2002, getiteld ‘Minder regels, meer zorg’.
2. Commissie administratieve lasten in de zorg (commissie-Van Rijn) uit 2006, getiteld ‘Een kwestie van vertrouwen’.
3. PwC uit 2006, getiteld ‘Reduceren administratieve lasten: meer dan schrappen van regelgeving’.
4. ECORYS uit 2010, getiteld ‘Lastposten voor gehandicaptenzorg’.
5. Plexus en BKB uit 2010, getiteld ‘Meer Tijd voor de Cliënt’.
6. In voor zorg! uit 2011, getiteld ‘Op weg naar minder administratieve lasten’.
7. Pauline Meurs uit 2014, getiteld ‘Van regeldruk naar passende regels’.

Hoe zijn de in totaal bespaarde uitgaven aan regeldruk vastgesteld?

VWS heeft tot nu toe de regeldruk met 986 miljoen euro verlaagd. Dit bedrag is gebaseerd op de besparingen die zijn gerealiseerd in de kabinetten Balkenende-II en IV, Rutte/Verhagen en Rutte/Asscher. In het overzicht hieronder staan de kwantitatieve doelstellingen en behaalde resultaten vanaf 2004 tot nu weergegeven.

Bij de kabinetten Balkenende-II en IV zijn de doelen voor ieder departement afzonderlijk gesteld en voor de kabinetten-Rutte/Verhagen en -Rutte/Asscher zijn de doelen rijksbreed opgesteld. In het overzicht worden voor de kabinetten-Rutte/Verhagen en -Rutte/Asscher aangegeven voor welk deel van de gezamenlijke doelstelling VWS verantwoordelijk was.

Kwantitatieve doelstellingen per kabinet voor verlaging van regeldruk



Realisatie VWS Balkenende-II **755 miljoen euro in januari 2008**	Doel van Balkenende-II voor de periode 2004 –2007 voor VWS: regeldruk verlagen met 25% van 3,3 miljard euro = 831 miljoen euro (opgave VWS).
Realisatie VWS Balkenende –IV **32 miljoen euro in juli 2010**	Doel van Balkenende-IV voor de periode 2007–2011 voor VWS: administratieve lasten verlagen met 25% van 436 miljoen euro = 109 miljoen euro (opgave VWS).
Realisatie VWS Rutte/Verhagen **76 miljoen euro in december 2012**	Doel van Rutte/Verhagen voor de periode 2010–2012 voor VWS: administratieve lasten verlagen met 66 miljoen euro (opgave VWS) Doel voor alle ministeries gezamenlijk: • administratieve lasten verlagen met 10% van 7,42 miljard euro = 742 miljoen euro (EL&I, 2011a) • nalevingskosten verlagen met 200 miljoen euro in 2015 ten opzichte van 2010 (EL&I, 2011b) Realisatie alle ministeries gezamenlijk juni 2012: • administratieve lasten doelstelling nagenoeg gehaald (EL&I, 2012) • nalevingskosten met 75 miljoen euro verlaagd (EL&I, 2012)
Realisatie VWS Rutte/Asscher **123 miljoen euro in januari 2015**	Doel van Rutte/Asscher voor periode 2012-2017 voor VWS: regeldruk verlagen met 351 miljoen euro (opgave VWS) Doel voor alle ministeries gezamenlijk: • regeldruk verlagen met 2,5 miljard euro (EZ en BZK, 2013) Realisatie alle ministeries gezamenlijk april 2014: • regeldruk tussentijds met 807 miljoen euro verlaagd (EZ en BZK, 2014)

Toelichting bij het overzicht

- Wij hebben de berekeningen niet gecontroleerd.
- De bedragen uit de tabel beslaan het hele VWS-terrein, dus het gehele terrein van volksgezondheid en de domeinen welzijn en sport, en zijn niet te verbijzonderen naar de langdurige zorg of de gehandicaptenzorg.
- De bedragen betreffen netto verlagingen. Dit betekent dat eventuele stijgingen in regeldruk, door aangepaste en nieuwe regels, in mindering moeten zijn gebracht.
- Het tweede kabinet-Balkenende heeft bij het bepalen van de totale nalevingskosten (welk onderdeel vormt van regeldruk) ook gekeken naar de nalevingskosten die voortkomen vanuit Europese wet- en regelgeving. In de kabinetten erna werden de nalevingskosten met een Europese oorsprong niet meegenomen bij het bepalen van de totale regeldruk/nalevingskosten.

- Het tweede kabinet-Balkenende heeft in de doelstelling zowel administratieve lasten als nalevingskosten opgenomen. Het vierde kabinet-Balkenende heeft alleen administratieve lasten opgenomen in de doelstelling; daardoor is de doelstelling lager.
- Bij het kabinet-Rutte/Verhagen staat vermeld dat de doelstelling voor administratieve lasten nagenoeg is gehaald. Er is geen exact bedrag bekend. Doordat dit kabinet vóór het aflopen van de kabinetsperiode viel, is niet mogelijk exact te bepalen in welke mate de regeldruk in die periode is verminderd.
- Onder alle kabinetten voorafgaand aan het kabinet-Rutte/Asscher waren er aparte doelstellingen voor zowel burgers als bedrijven. Onder het kabinet-Rutte/Asscher wordt voor het eerst ook het kwantitatieve effect op burgers meegenomen in de rijksbrede doelstelling.

4 Bedrijfsvoering Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Leeswijzer
Hier vindt u de resultaten van ons onderzoek naar de bedrijfsvoering. We gaan in op:

- Aanpak PGB-fraude: veel maatregelen, nog onvoldoende zicht op effecten;
- Financieel beheer van Zorgverzekeringskantoor in Caribisch Nederland nog ontoereikend;
- Zet verscherpt toezicht subsidies gericht in.

We geven een oordeel over:

- de bedrijfsvoering;
- de informatie over de bedrijfsvoering in het jaarverslag.

Meer informatie over ons verantwoordingsonderzoek en uitleg bij veel voorkomende begrippen is te vinden op www.rekenkamer.nl/verantwoordingsonderzoek bij ‘Over dit onderzoek’.

4.1 Aanpak PGB-fraude: veel maatregelen, nog onvoldoende zicht op effecten

De staatssecretaris van VWS heeft de afgelopen 2 jaar veel maatregelen getroffen om fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik met het PGB tegen te gaan. Wij vinden het positief dat de staatssecretaris maatregelen treft om dit probleem aan te pakken. De staatssecretaris heeft echter nog onvoldoende zicht op de effecten van de maatregelen. Wij vinden het belangrijk dat de staatssecretaris zichtbaar maakt welke (financiële) effecten de maatregelen hebben.

Wat is het PGB?
Een persoonsgebonden budget (PGB) is een budget dat cliënten ontvangen, waarmee zij de vrijheid hebben om de zorg die zij nodig hebben in te richten zoals zij dat willen. In 2014 hadden ongeveer

120.000 mensen een PGB vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), voor in totaal 2,7 miljard euro.
Het PGB werd tot en met 2014 geregeld via de AWBZ. Vanaf 1 januari 2015 bestaat de AWBZ niet meer. Het PGB is vanaf 2015 ondergebracht in 4 verschillende wetten. Een deel van de cliënten is via de Jeugdwet en Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) naar gemeenten gegaan. Een ander deel van de cliënten is via de Zorgverzekeringswet naar de zorgverzekeraars gegaan. Een deel van de cliënten is bij het Rijk gebleven via de Wet langdurige zorg (Wlz).

Fraude met het PGB

De laatste jaren zijn er veel berichten over fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik (M&O) met het PGB. Eind 2012 heeft de staatssecretaris van VWS daarom besloten om het PGB fraudebestendiger te maken. De staatssecretaris van VWS heeft daarvoor een plan van aanpak opgesteld met verschillende maatregelen. De belangrijkste hiervan zijn:

- Als iemand zorg nodig heeft, krijgt hij een persoonlijk gesprek voor de indicatie, dat nodig is om voor een PGB in aanmerking te komen;
- Als iemand een PGB aanvraagt, krijgt hij een persoonlijk gesprek met het zorgkantoor;
- De zorgkantoren gaan bij een deel van de cliënten met een PGB op huisbezoek, om te kijken of zij het PGB goed gebruiken;
- Het invoeren van meer weigeringsgronden, om cliënten te weren die het PGB niet kunnen beheren;
- De invoering van trekkingsrechten. Ons onderzoek over trekkingsrechten kunt u hier vinden en daar gaan wij hier niet verder op in.

De maatregelen moeten het PGB fraudebestendiger maken en moeten leiden tot een besparing van 40 miljoen euro. Deze 40 miljoen euro is specifiek gericht op 2 maatregelen: persoonlijk gesprek bij de indicatie en het afleggen van huisbezoeken.

Getroffen maatregelen zijn positief

Wij vinden de maatregelen die de staatssecretaris van VWS heeft getroffen positief. Wij vinden dat de maatregelen hebben geleid tot meer persoonlijke aandacht voor de cliënt: meer gesprekken bij de aanvraag van een PGB en meer contact bij cliënten die al een PGB hebben. Dit geeft meer mogelijkheden om voorlichting te geven aan toekomstige cliënten. Ook kunnen knelpunten in bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg of op het gebied van fraude en M&O eerder gesignaleerd worden.

Door de genomen maatregelen heeft de staatssecretaris van VWS stappen in de goede richting gezet om het PGB fraudebestendig te maken. Echter, nog niet alle knelpunten zijn opgelost. De staatssecretaris van VWS geeft in zijn brief van 29 januari 2015 aan dat hij de fraudebestendigheid van het PGB verder wil verbeteren en in de zomer van 2015 de Tweede Kamer zal informeren over vervolgstappen. Wij willen de staatssecretaris van VWS een aantal aandachtspunten meegeven, die hij mee kan nemen in deze vervolgstappen. Wij constateren namelijk dat er momenteel onvoldoende zicht is op de follow-up van de maatregelen, dat er onvoldoende zicht is op de besparingen als gevolg van de getroffen maatregelen en dat de weigeringsgronden nog onvoldoende ontwikkeld zijn. Op deze punten gaan wij hieronder verder in.

Onvoldoende zicht op follow-up maatregelen
Wij constateren dat het Ministerie van VWS momenteel nog onvoldoende zicht heeft op de follow-up die wordt gegeven aan signalen van fraude en M&O. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de huisbezoeken die zijn afgelegd bij cliënten. Daarbij is in 7% een vermoeden van fraude geconstateerd, maar het is niet duidelijk in hoeveel gevallen het daadwerkelijk om fraude gaat. Volgens het Ministerie van VWS moet dit nog verder onderzocht worden, maar het Ministerie van VWS heeft geen zicht op hoe deze signalen worden opgepakt en welke partij dit gaat doen. Door het gebrekkige zicht op follow-up, is er ook weinig zicht op de financiële effecten van de maatregelen.

Onvoldoende zicht op besparing door maatregelen
Wij constateren dat het Ministerie van VWS momenteel onvoldoende zicht heeft op de effecten van de maatregelen en of de ingeboekte besparing van 40 miljoen euro is gehaald. Wij constateren dat de ingeboekte besparing van 40 miljoen euro gebaseerd is op onzekere aannames. Dit hebben wij ook al genoemd in ons onderzoek naar het macrobudget Jeugdwet en Wmo 2015. Het Ministerie van VWS heeft echter wel een besparing in 2014 ingeboekt op basis van deze onzekere aannames. In de loop van 2014 is het Ministerie van VWS hier deels van teruggekomen, door de besparing met 20 miljoen euro naar beneden bij te stellen. Ook de hoogte van deze bijstelling kan het Ministerie van VWS niet onderbouwen.

Zicht op besparingen ontbreekt vaker
Dit probleem zien wij vaker terug. In ons onderzoek naar het macrobudget Jeugdwet en Wmo 2015 zien wij dit ook voor een andere belangrijke maatregel op het gebied van het PGB. Het Ministerie van

VWS boekt namelijk een besparing van 25 miljoen euro in voor het onderscheid tussen tarieven voor professionals en niet-professionals. Dit houdt in dat een cliënt een professionele zorgverlener meer mag betalen dan een niet-professionele zorgverlener, bijvoorbeeld een mantelzorger. Ook bij deze maatregel geldt dat de besparing gebaseerd is op onzekere aannames en dat er momenteel geen zicht is op de daadwerkelijke besparing. Het Ministerie van VWS heeft ook hier een besparing in 2014 ingeboekt op basis van deze onzekere aannames.

Het Ministerie van VWS geeft aan dat de financiële effecten van sommige maatregelen pas in 2015 bekend worden en dat de effecten van andere maatregelen moeilijk te kwantificeren zijn. Wij concluderen dat de besparingen moeilijk te bepalen zijn, maar dat de besparingen van 40 miljoen euro en 25 miljoen euro desondanks wel worden doorberekend in het macrobudget. In het macrobudget wordt bepaald welk bedrag in 2015 naar de Jeugdwet, de Wmo 2015, de Zvw en de Wlz gaat.

Weigeringsgronden zijn nog onvoldoende ontwikkeld
Het valt op dat de weigeringsgronden voor het PGB nog onvoldoende ontwikkeld zijn. Goede weigeringsgronden zijn nodig om het PGB fraudebestendig te maken. Tegelijkertijd staan concrete weigeringsgronden vaak op gespannen voet met andere beleidsdoelen van het PGB, zoals keuzevrijheid, lage administratieve lasten en een grote mate van toegankelijkheid. Om tot een goed beleid te komen, vinden wij het belangrijk dat het Ministerie van VWS een goede afweging maakt over welk doel het meeste van belang is in welke situatie.

Het Ministerie van VWS was van plan om de weigeringsgronden nader in te vullen, onder andere door een pilot op te starten met zorgkantoren. Het Ministerie van VWS heeft in 2013 en 2014 nieuwe weigeringsgronden in de PGB-regeling opgenomen. Deze blijken echter voor meerdere uitleg vatbaar. De minister van VWS heeft in mei 2014 toegezegd om met partijen deze weigeringsgronden verder aan te scherpen. Wij stellen vast dat het Ministerie van VWS hierin nog onvoldoende voortgang heeft geboekt. Hierdoor is dit probleem niet opgelost voordat een deel van het PGB overgedragen werd naar gemeenten en zorgverzekeraars.

Voor de Wlz geeft het Ministerie van VWS nu aan dat ze de weigeringsgronden willen verbeteren via een 'meersporenbeleid'. Het gaat daarbij niet alleen om dat VWS nieuwe weigeringsgronden opneemt, maar ook dat zorgkantoren de bestaande weigeringsgronden verder uitwerken. Wij vinden het nog onduidelijk in hoeverre dit

meersporenbeleid de problemen op gaat lossen en gaat zorgen voor duidelijke weigeringsgronden.

In een brief van 29 januari 2015 geeft de staatssecretaris van VWS aan dat hij zorgkantoren wil ondersteunen bij het concretiseren van de weigeringsgronden. Wij vinden dat het Ministerie van VWS hier een voortrekkersrol in moet nemen. Het Ministerie van VWS moet bewaken dat de weigeringsgronden op een uniforme manier worden uitgewerkt.

Vervolgstappen beperkt tot de Wlz
De maatregelen die het Ministerie van VWS vanaf 1 januari 2015 neemt om de PGB-fraude aan te pakken, zijn alleen gericht op de Wlz. Voor de Wlz wil het Ministerie van VWS de fraudemaatregelen verder ontwikkelen. Dit gaat om circa 20.000 cliënten. Voor de Jeugdwet, Wmo 2015 en Zvw zijn gemeenten en zorgverzekeraars aan zet. Zij hebben beleidsvrijheid om de fraudebestrijding te organiseren.

Aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer
Wij bevelen de staatssecretaris van VWS aan om:
- het zicht op de effecten van de maatregelen te verbeteren;
- het voortouw te nemen bij het verder invullen van de weigeringsgronden voor de Wlz en te borgen dat deze uniform worden ingevuld.

Reactie van de minister
De minister van VWS geeft aan dat de aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer meegenomen worden in het opstellen van de Toekomstagenda PGB, die deze zomer naar de Tweede Kamer verstuurd zal worden.

De minister geeft aan dat de huisbezoeken een goed instrument zijn. Het ministerie wil nadere informatie over de resultaten van de huisbezoeken. De staatssecretaris is daarom met zorgkantoren in overleg om betere afspraken te maken over de monitoring en de follow-up van de huisbezoeken onder de Wlz.

De minister geeft aan dat het evident is dat de maatregelen bijdragen aan een financieel houdbare PGB-regeling, doordat er meer fouten en fraude worden voorkomen en opgespoord. De volledige financiële opbrengst van de fraude-aanpak is echter moeilijk te kwantificeren. De minister geeft aan dat daarom in 2013 voorzichtige inschattingen gemaakt zijn van wat enkele maatregelen zouden kunnen opleveren.

Voor 2014 is dit bedrag naar beneden bijgesteld, omdat de volledige opbrengst van de besparingen pas in 2015 neerslaan.
De minister geeft aan dat in de Toekomstagenda PGB verder wordt ingegaan op de voortgang van de weigeringsgronden en het uniform invullen daarvan.
Lees de volledige reactie op verantwoordingsonderzoek.rekenkamer.nl

4.2 Financieel beheer van het Zorgverzekeringskantoor in Caribisch Nederland nog ontoereikend

De minister van VWS verstrekt via het Zorgverzekeringskantoor in Caribisch Nederland financiële middelen voor het uitvoeren van de zorgverzekering op de Nederlandse eilanden Bonaire, Sint-Eustatius en Saba. In 2014 bestaat onzekerheid in de afgerekende voorschotten over de jaren 2012 en 2013. Hierdoor is voor een significant deel van de budgetcontracten niet vast te stellen of de verplichtingen en uitgaven rechtmatig zijn geweest.

De zorgverzekering BES is een algemene zorgverzekering voor de eilanden Bonaire, Sint Eustatius en Saba. Het Zorgverzekeringskantoor is onderdeel van het Ministerie van VWS en zorgt voor de uitvoering van de zorgverzekering op de eilanden. In 2014 verstrekte de minister van VWS 87,9 miljoen euro aan zorgkosten voor Caribisch Nederland (86,3 miljoen euro voor zorg en welzijn en 1,6 miljoen euro voor jeugdzorg).
Wij constateren een onzekerheid in de zorguitgaven, mede als gevolg van een ontoereikend financieel beheer.

In 2014 geen zekerheid over verplichtingen en uitgaven Zorgverzekeringskantoor uit 2012 en 2013
In 2014 heeft de minister van VWS de verantwoordingen van het Zorgverzekeringskantoor over 2012 en 2013 beoordeeld. De minister van VWS heeft de verstrekte voorschotten over die jaren vastgesteld. Deze verantwoordingen waren door de accountant van het Zorgverzekeringskantoor voorzien van een controleverklaring met een oordeelonthouding bij de rechtmatigheid van de in de jaarrekeningen verantwoorde uitgaven en verplichtingen.

Hierdoor is niet vast te stellen of de verplichtingen en uitgaven van het Zorgverzekeringskantoor in 2012 en 2013 rechtmatig zijn geweest. Ook door aanvullende controlewerkzaamheden kon dit niet worden vastgesteld. De problemen deden zich bijvoorbeeld voor bij het vaststellen van de verzekeringsgerechtigheid, de verzekerde prestaties, het geldend maken van aanspraken / doorverwijzing / machtiging / indicatiestelling, de toestemming van het zorgkantoor en de gehanteerde tariefstelling.

Hierdoor bestaat er geen zekerheid over een bedrag van 168,7 miljoen euro dat in 2014 is verwerkt in de verantwoording van het Ministerie van VWS bij artikel 4 ‘Zorgbreed beleid’. De omvang van dit bedrag ten

opzichte van het beleidsartikel is zo groot dat dit apart moet worden toegelicht door de minister van VWS in de bedrijfsvoeringsparagraaf.

Minister van VWS optimistisch over verbeteringen financieel beheer Zorgverzekeringskantoor in 2014
De minister van VWS is in haar bedrijfsvoeringsparagraaf optimistisch over de 'aanzienlijke verbetering van het financieel beheer bij het Zorgverzekeringskantoor in 2014'. Ofschoon er duidelijk een verbetering in het financieel beheer waarneembaar is, blijft de rechtmatigheid van de zorgcontracten een knelpunt. Dat knelpunt is niet geheel verwijtbaar aan het Zorgverzekeringskantoor, maar wordt mede veroorzaakt door de doordat er weinig zorgaanbieders zijn. Hierdoor zijn zorgverzekeraar en -aanbieders op elkaar aangewezen. De zorgaanbieders geven bijvoorbeeld niet altijd openheid over hun cijfers of ondertekenen zorgcontracten soms niet. Wanneer de zorgaanbieders niet meewerken, kan het Zorgverzekeringskantoor de rechtmatigheid van de transacties niet vaststellen.

De accountant van het Zorgverzekeringskantoor geeft aan dat er in 2013 door het Zorgverzekeringskantoor verschillende contracten met zorgaanbieders niet zijn afgerekend. Wanneer die afrekeningen in 2014 hebben plaatsgevonden, kan dat nog een wezenlijke impact hebben op de jaarrekening 2014 van het Zorgverzekeringskantoor en dus op de afrekening van de voorschotten door het Ministerie van VWS in 2015. Zowel de accountant van het Zorgverzekeringskantoor als de Auditdienst Rijk achten het onzeker dat er een goedkeurende controleverklaring bij de verantwoording van het Zorgverzekeringskantoor over 2014 zal kunnen worden afgegeven.

De blik moet eerder vooruit
De verantwoording over 2014 van het Zorgverzekeringskantoor zal in het najaar van 2015 aan de minister van VWS worden verstrekt. Gegeven de vooruitzichten van de accountants is de kans groot dat er opnieuw geen goedkeurende controleverklaring bij de verantwoording van het Zorgverzekeringskantoor zal kunnen worden afgegeven. Dit zal in 2015 weer leiden tot een groot onzeker bedrag dat wordt verwerkt in de verantwoording van het Ministerie van VWS bij artikel 4 'Zorgbreed beleid'.

Het probleem voor het Ministerie van VWS is dat het Zorgverzekeringskantoor de problemen niet alleen op kan lossen, ook niet met een goed financieel beheer. De grootste belemmering blijft het

vaststellen van de rechtmatigheid wat in eerste instantie vraagt om de medewerking vanuit de zorgaanbieders.

Aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer

Wij bevelen de minister van VWS aan om de ingezette weg van verdere verbetering bij het Zorgverzekeringskantoor te monitoren en waar nodig het Zorgverzekeringskantoor te ondersteunen en te adviseren bij knelpunten, waaronder de contractuele budget afspraken met de grootste zorgaanbieders.

Reactie van de minister

De minister van VWS schrijft: “De aanbeveling om het Zorgverzekeringskantoor (ZVK) zoveel mogelijk te steunen bij het wegnemen van de laatste hindernis voor een goedkeurende verklaring onderschrijf ik volledig. Overigens wordt het ZVK al sinds de transitie, waar nodig, ondersteund vanuit het kerndepartement. De afdeling inkoop bij het ZVK is in de loop van 2014 verder versterkt en daardoor heeft het afsluiten van de contracten al een belangrijke impuls gekregen. Daarbij worden controleprotocollen of -afspraken gehanteerd waardoor het ZVK meer en meer zekerheid over de rechtmatigheid van de uitgaven zal krijgen. Uiteraard blijft het ZVK daarbij wel deels afhankelijk van de medewerking van de zorgaanbieders. Het zorgverzekeringskantoor is overigens niet verplicht om contracten af te sluiten met alle zorgaanbieders. In geval van een voortdurende weigering van een zorgaanbieder om mee te werken aan het afsluiten van een contract zal het ZVK overgaan tot het eenzijdig vaststellen van een tarief of budget. De regelgeving biedt deze mogelijkheid.”
Lees de volledige reactie op verantwoordingsonderzoek.rekenkamer.nl

4.3 Zet verscherpt toezicht subsidies gericht in

Vorig jaar concludeerden wij dat de beleidsdirecties van het Ministerie van VWS er nog niet klaar voor leken te zijn om interne controle geheel zelf in het reguliere proces goed uit te voeren. Wij adviseerden om daar naar toe te werken door het verscherpt toezicht binnen het Ministerie van VWS langzaam af te bouwen, bij die beleidsdirecties waar de interne beheersing op orde is.

Wij vinden het belangrijk dat directies op eigen benen staan en de goede uitvoering van het subsidiebeheer zelf bewaken en waar nodig op orde brengen. We onderschrijven dan ook het oordeel van directie FEZ dat het 'verscherpte regime' bij de directies die in het afgelopen jaar goed hebben gescoord kan vervallen. Om hier op een goede wijze invulling aan te kunnen geven is het van belang om goed te bepalen waar het verscherpt toezicht kan worden losgelaten op grond van voldoende waarborgen om fouten te voorkomen en tijdig te herstellen.

Ontwikkelingen 2014
Gedurende 2014 heeft het Ministerie van VWS verder gewerkt aan het verbeteren van de opzet van het subsidiebeheer. Binnen het Ministerie van VWS zijn voldoende instrumenten aanwezig om een goede uitvoering van dit proces te faciliteren en te ondersteunen. Wij noemen als voorbeelden: regelgeving, checklists, risicoanalyses bij nieuwe subsidieregelingen, M&O-beleid, de code volledigheid subsidiedossiers en een expertisecentrum voor het beantwoorden van vragen, ondersteuning bij de afhandeling van complexe dossiers en het begeleiden van nieuwe subsidieregelingen.

Aantallen fouten
We constateren nog een groot aantal financieel beheeropmerkingen van verschillende aard van de Auditdienst Rijk over het subsidieproces. Om een effectieve aanpak van tekortkomingen in het subsidiebeheer mogelijk te maken is het van belang dat alle fouten en tekortkomingen worden geanalyseerd naar de aard maar ook waar deze zijn veroorzaakt. Hiermee kan op efficiënte en gerichte wijze het verscherpt toezicht worden ingezet en afgebouwd.

Risico's transitie subsidieproces
In 2015 vindt de voorbereiding plaats van de transitie van een groot deel van de subsidiestromen naar de *Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen*. Deze dienst wordt aangestuurd door het Ministerie van VWS. Deze dienst zal ook subsidies van andere ministeries uitvoeren.

Een dergelijk proces brengt een verhoogd risico van fouten met zich mee. Om die reden is het belangrijk dat het subsidieproces van het Ministerie van VWS zelf 'stevig' blijft en vragen wij om alert te blijven op verbeteringen in dat proces. Naar onze indruk zijn er aanscherpingen mogelijk en noodzakelijk bij het beoordelen van (posten uit) begrotingen en controle op gehanteerde uurtarieven. Ook de vastleggingen van die beoordelingen kunnen beter onderbouwd worden.

Aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer

Wij bevelen de minister van VWS aan om:

- aan de hand van de geconstateerde fouten en tekortkomingen te bepalen bij welke directies het verscherpt toezicht kan worden afgebouwd;
- te blijven investeren in periodieke instructie van medewerkers, omdat gewerkt wordt in een dynamische omgeving, waarin regelingen en beleid regelmatig worden aangepast en waar medewerkers in- en uitstromen.

Reactie van de minister

De minister van VWS schrijft: "De verbetering van het subsidiebeheer wordt doorgezet. Net als vorig jaar worden geconstateerde fouten geanalyseerd om op basis daarvan gerichte verbeteracties uit te voeren. Hierbij wordt ook bezien bij welke directies het verscherpt toezicht gedurende het jaar (geleidelijk) kan worden afgebouwd. De transitie van het subsidieproces, die in 2015 verder wordt doorgezet, heeft de aandacht. Ook dit jaar zullen, conform de normatiek subsidiebeheer, in het voorjaar en najaar weer verschillende opleidingsbijeenkomsten worden georganiseerd om kennis en vaardigheden van medewerkers te borgen en te verbeteren. Tijdens deze bijeenkomsten worden onder andere nieuwe en gewijzigde regelingen besproken. Het streven is deze bijeenkomsten gedifferentieerd te verzorgen voor specifieke groepen medewerkers, om de aansluiting op de informatiebehoefte te verbeteren."

Lees de volledige reactie op verantwoordingsonderzoek.rekenkamer.nl

4.4 Oordeel bedrijfsvoering

De onderzochte onderdelen van de bedrijfsvoering van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voldoen in 2014 aan de gestelde eisen, met uitzondering van 2 onvolkomenheden.

4.4.1 Onvolkomenheid: Voorbereiding en invoering trekkingsrechten

Onvoldoende aansturing en toezicht door het Ministerie van VWS
De wijze waarop het Ministerie van VWS de invoering van de trekkingsrechten heeft aangestuurd en toezicht heeft gehouden op het invoeringsproces vinden wij onvoldoende. Wij merken dit aan als een onvolkomenheid.

4.4.2 Onvolkomenheid: Inkoopbeheer kerndepartement: hard gewerkt in 2014, resultaten blijven uit

Wij constateren al een aantal jaar problemen in het inkoopbeheer van het Ministerie van VWS. Ondanks de maatregelen die het ministerie heeft getroffen, zijn de problemen met inkopen in 2014 nog niet opgelost.
De minister van VWS is verantwoordelijk voor het beheer van de begroting, dus ook voor het beheer van de inkopen die in de begroting voorkomen. Wij toetsen het beheer van de inkopen aan de relevante wet- en regelgeving, daarnaast letten wij specifiek op een aantal belangrijke aspecten in het inkoopproces, de zogenaamde 'key controls'. Wij lichten deze hier verder toe.

Ontwikkelingen in 2014
Ook in 2014 heeft het Ministerie van VWS veel werk verzet om het inkoopbeheer structureel op orde te krijgen. Zo zijn procesbeschrijvingen voor het doen van inkopen vereenvoudigd en beter toegankelijk gemaakt en is er een verbetertraject gestart voor het contractbeheer. Ook is veel tijd gestoken in het opstellen van directiebrede spendanalyses die zich over 3 jaren uitstrekken. Met een spendanalyse wordt achteraf inzicht verschaft in de directies die inkopen, de zaken die worden ingekocht en de leveranciers bij wie wordt ingekocht. Op basis van deze analyse kan de doel- en rechtmatigheid van de inkopen verder worden verbeterd.
De directie Financieel Economische Zaken (FEZ) en de Coördinerend Directeur Inkoop van het Ministerie van VWS (CDI-office) hebben daarnaast veel aandacht besteed aan het verder verbeteren van het inkoopproces binnen het ministerie. Zij vragen aandacht voor een goed inkoopbeheer en voeren steekproefsgewijze dossiercontroles uit en koppelen daarover terug zodat er een leereffect kan ontstaan voor de inkopende (beleids)medewerkers.

Naast deze positieve ontwikkelingen constateren we de volgende risico's in het inkoopbeheer:

Inkopen onder de 25.000 euro (exclusief BTW)
Wij controleerden 2 inkopen onder dit grensbedrag die wij allebei als onrechtmatig aanmerken. Bij de ene inkoop was ten onrechte geen gebruik gemaakt van een bestaande raamovereenkomst en was de opdrachtwaarde foutief geraamd waardoor het grensbedrag achteraf fors werd overschreden. De andere inkoop had feitelijk een subsidieverlening moeten zijn. Directies mogen inkopen onder de 25.000 euro zelf afhandelen en kunnen daarvoor één offerte opvragen. Dit past in het inkoopbeleid dat het Ministerie van VWS voert. Hierbij dient de inkopende beleidsmedewerker slechts op verzoek (en achteraf) te motiveren waarom voor een bepaalde marktpartij is gekozen.

Het hanteren van een dergelijke 'standaard' motivering en het achteraf opstellen van de motivering van de keuze van de marktpartij zijn praktisch. Op grond van de Comptabiliteitswet 2001 dienen transacties echter controleerbaar te zijn. Daarom vinden wij dat deze motivaties vooraf moeten worden vastgelegd. Voor een goede uitvoering van interne controle binnen het ministerie is het ook van belang dat deze motiveringen goed gedocumenteerd zijn. Voor controleorganen als de ADR en de AR is dat eveneens van belang, omdat zij anders de juiste naleving van de wet niet goed kunnen controleren. Dat kan leiden tot het vaststellen van onrechtmatigheden of onzekerheden over de rechtmatigheid.

Verschillende contractregistraties waardoor het overzicht ontbreekt
De HIS registreert de door haar afgesloten contracten in het contractenregistratiesysteem Complete Tender Management (CTM). Verder is er nog een afzonderlijk registratie van contracten die zijn afgesloten in het kader van categoriemanagement. Ten slotte worden de contracten die het Ministerie van VWS zelf afsluit, vastgelegd in het systeem Marjolein.

De registratie van contracten is in vergelijking met vorig jaar verbeterd. Desondanks hebben wij enkele contracten aangetroffen die niet in het juiste contractenregister waren opgenomen. Ook troffen wij incidentele foutieve vastleggingen in de contractenregisters aan.
Om een goed beeld te krijgen van alle aanwezige (raam)contractverplichtingen is het belangrijk dat het Ministerie van VWS hiervan één overzicht opstelt of op andere wijze borgt dat het Ministerie

van VWS voldoende in-en overzicht behoudt op alle contracten. Hierdoor wordt het mogelijk om nieuwe aanbestedingen of heraanbestedingen tijdig te starten en/of tijdig te verlengen.

Ontbreken samenhang spendanalyse
De spendanalyse waarmee achteraf de doel- en rechtmatigheid van de inkopen worden getoetst, wordt opgesteld op directieniveau. De uitkomsten worden niet directie-overstijgend gebundeld en in samenhang bekeken. Hierdoor bestaat het risico dat het ministerie soortgelijke opdrachten die gebundeld hadden moeten worden ten onrechte niet aanbesteedt volgens de regels. De spendanalyse voor 2015 was medio maart 2015 nog niet gereed.

Overige bevindingen uit ons onderzoek
In ons onderzoek naar de inkopen van het Ministerie van VWS troffen wij zowel bij de inkopen die de directies zelf verrichten als bij de inkopen die door de HIS zijn verricht verschillende fouten aan.
Het betreft, naast de eerder genoemde voorbeelden:
- zowel het onterecht gebruik maken als het ten onrechte niet gebruikmaken van een bestaande raamovereenkomst;
- het achteraf aanpassen van eisen waardoor er geen sprake is van een gelijkwaardig speelveld en;
- het onvoldoende onderbouwen van de geraamde opdrachtwaarde.

Aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer
Wij bevelen de minister van VWS aan om het inkoopproces verder te verbeteren, door de interne controle op inkopen onder de 25.000 euro ex. BTW te versterken en te overwegen hiervoor tijdelijk voorafgaand toezicht in te stellen en door meer toezicht te houden op de uitvoering van de inkopen door de HIS.

Reactie van de minister
De minister van VWS schrijft: "De interne controles bij het inkoopbeheer zijn in de tweede helft van 2014 geïntensiveerd dankzij de inzet van structurele capaciteit en een vaste methodiek. Deze wijze van het uitvoeren van interne controles zal naar verwachting in 2015 het beoogde effect sorteren. Daarnaast wordt de informatievoorziening over het inkoopproces en de inkoopprocedures ook in 2015 verder verbeterd en zal aan de hand van casuïstiek voorlichting worden gegeven aan de VWS-organisatie."
Lees de volledige reactie op verantwoordingsonderzoek.rekenkamer.nl

4.4.3 Opgeloste onvolkomenheid: Beheer vertrouwensfuncties verbeterd

De wijze waarop het Ministerie van VWS omging met het beheer van vertrouwensfuncties was in de afgelopen jaren onvoldoende. Zo werden medewerkers op een vertrouwensfunctie geplaatst, zonder de benodigde Verklaring van Geen Bezwaar. Hiermee handelde het ministerie in strijd met de Wet veiligheidsonderzoeken. Ook constateerden wij dat de administratie van vertrouwensfuncties niet op orde was. Zo waren meerdere data onjuist geregistreerd en waren medewerkers werkzaam op een vertrouwensfunctie voordat de screening door de AIVD was afgerond.

Het Ministerie van VWS heeft na uitvoering van een aantal herstelwerkzaamheden de administratie alsnog op orde gebracht. Verder heeft het ministerie een nieuwe procedure ingesteld om te voorkomen dat medewerkers op een vertrouwensfunctie worden geplaatst, zonder de benodigde *Verklaring van Geen Bezwaar*.
Op grond van deze doorgevoerde verbeteringen vervalt de onvolkomenheid in het beheer van vertrouwensfuncties.

4.5 Oordeel informatie over de bedrijfsvoering

De informatie over de bedrijfsvoering in het Jaarverslag 2014 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is deugdelijk tot stand gekomen en voldoet aan de verslaggevingsvoorschriften.

4.6 Historisch verloop onvolkomenheden VWS

Verloop onvolkomenheden 2012-2014

	2012	2013	2014
Inkoopcirculaire			onvolkomenheid →
Coördinatie rijksbrede informatiebeveiliging			onvolkomenheid →
Inkoopbeheer HIS			onvolkomenheid →
Inkoopbeheer RGD		onvolkomenheid →	onvolkomenheid →
Financieel beheer Doc-Direkt	onvolkomenheid →	opgelost →	
Controleraamwerk P-Direkt	onvolkomenheid →	onvolkomenheid →	onvolkomenheid →
Inkoopbeheer FMHaaglanden	onvolkomenheid →	onvolkomenheid →	opgelost →
Financieel beheer DWM	onvolkomenheid →	opgelost →	

4.7 Onvolkomenheden in relatie tot beheerdomeinen VWS

Wij onderscheiden relevante en kritische beheerdomeinen in de bedrijfsvoering van ministeries. Op het overzicht bedrijfsvoering (pdf) is te zien wat de relevante en kritische beheerdomeinen zijn en waar de onvolkomenheden zitten.

Overzicht bedrijfsvoering 2014
Ministerie van VWS (XVI)

Kritisch beheer-domein | Relevant beheer-domein

Extra aandacht aan besteed door:
AR = Algemene Rekenkamer; **AD** = Auditdienst

Onvolkomenheid | ! Ernstige onvolkomenheid

€ Onvolkomenheid heeft gevolgen voor rechtmatigheid en/of deugdelijke weergave

Organisatieonderdeel	Opzet en beheer overdrachtsuitgaven en -ontvangsten: Subsidies/rijksbijdragen	Specifieke uitkeringen	(Belasting)heffingen	Opzet en beheer transactie uitgaven en -ontvangsten: Uitgaven personeel	Uitgaven materieel	Ontvangsten	Financiële administratie (registratie): Verplichtingen, uitgaven en ontvangsten	Overige (saldi)balans posten	Materieelbeheer: Beheer eigendommen	Administratie/registratie	Interne organisatie: Managementcontrolsysteem	Omvangrijke administr. en uitvoeringssystemen/ICT	(toezicht) relaties / aansturing veld	Totaal aantal relevant	Totaal aantal kritisch
SG- en pSG kolom															
Algemene leiding/ bestuursraad					AR €						AR			1	2
Organisatie Bedrijfsvoering en Personeel	AR				AR €						AR	AR		7	2
Financieel Economische Zaken	AR	AR									AR			7	4
Internationale Zaken	AR													1	
Wetgeving en Juridische Zaken	AR													1	2
Bestuurlijk en Politieke Zaken														1	
Sociaal Cultureel Planbureau														2	
Inspectie Gezondheidszorg														2	
Inspectie Jeugdzorg														2	
Communicatie															
Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt	AR													1	1
Fraudebestrijding Zorg													AR	2	
Tijdelijke projectdirectie Antonie van Leeuwenhoek terrein									AR					1	
Volksgezondheid															
Publieke Gezondheid	AR													3	1
Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie	AR													2	1
Sport	AR													2	1
Jeugd	AR													1	2
Secretariaten															
Curatieve Zorg															
Curatieve Zorg	AR										AR		AR	2	1
Geneesmiddelen en Medische Technologie	AR													1	1
Markt en Consument	AR													1	1
Langdurige Zorg															
Langdurige Zorg	AR	AR											AR	3	1
Zorgverzekeringen	AR												AD	2	1
Maatschappelijke Ondersteuning	AR													2	1
Baten-lastenagentschappen															
Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen														4	1
Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg														6	
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu												AR		8	1
Totaal aantal relevant	3	4		2	4	5	5	5	3	2	20	4	8	65	
Totaal aantal kritisch	14	4									2	3	1		24

Inkoopbeheer kerndepartement

Inkoopbeheer kerndepartement

Aansturing en toezicht invoering trekkingsrechten PGB

5 Financiële informatie Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Leeswijzer
Hier vindt u de resultaten van ons onderzoek naar de financiële informatie in het jaarverslag. We gaan in op:
- mogelijke staatsteun.

We geven een oordeel over:
- de rechtmatigheid van de financiële informatie;
- de deugdelijke weergave van de financiële informatie;
- de rechtmatigheid en de deugdelijke weergave van de financiële informatie op artikelniveau.

Meer informatie over ons verantwoordingsonderzoek en uitleg bij veel voorkomende begrippen is te vinden op www.rekenkamer.nl/verantwoordingsonderzoek bij 'Over dit onderzoek'.

5.1 Mogelijke staatssteun

Het Ministerie van VWS heeft enkele individuele afspraken met derden gemaakt over betalingen die mogelijk classificeren als staatssteun.

In 2014 is 7,6 miljoen euro betaald voor een regeling uit 2008 met private ambulancediensten vanwege de afschaffing van de VUT in 2006. Daarnaast heeft het Ministerie van VWS in 2014 4,2 miljoen euro betaald aan het Maasstad ziekenhuis op grond van gemaakte afspraken in 2003. Het ministerie is zich bewust dat zij in 2003 ten onrechte een garantstelling aan het Maasstad ziekenhuis heeft afgegeven. Hiervoor was geen juridische verplichting aanwezig die voortvloeit uit een overeenkomst dan wel uit hoofde van wet- en regelgeving. Het risico dat mogelijk sprake is van staatssteun is door het Ministerie van VWS gesignaleerd.

De wettelijk verplicht uit te voeren toetsingen (voorleggen aan de Europese Commissie) bij twijfel over de classificatie 'staatssteun' zijn

niet doorlopen. In verband hiermee merken wij de aan de betalingen gerelateerde verplichtingenbedragen als onrechtmatig aan.

Reactie van de minister

De minister van VWS is het niet eens met onze conclusie dat het ministerie betalingen heeft gedaan die aan te merken zijn als mogelijk ongeoorloofde staatssteun. In 2003, toen de overeenkomst betreffende het Maasstadziekenhuis werd gesloten, gold een ander regime ten aanzien van de financiering van ziekenhuisvoorzieningen. De minister is van mening dat de betaling in lijn is met het destijds gangbare regime en zich goed verdraagt met de geest van de regelgeving. Slechts door het optreden van een aantal externe factoren (onder andere de stelselwijziging) behelst dit in formele zin mogelijk een risico op staatssteun. Wat betreft de regeling die is getroffen in het kader van de nadeelcompensatie voor ambulancediensten, is de minister van opvatting dat het bij het ontbreken van economisch voordeel niet om ongeoorloofde staatssteun kán gaan.

De minister geeft aan dat de benadering van de Algemene Rekenkamer in kwesties van mogelijke ongeoorloofde staatssteun niet aansluit op de wijze waarop het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie door de Europese Commissie in de praktijk wordt ingevuld. Lidstaten zijn formeel verplicht een voorgenomen steunmaatregel ter toetsing aan de Europese Commissie voor te leggen. In de praktijk is dit echter onwerkbaar gebleken. De Commissie heeft aangegeven in de meeste gevallen geen oordeel te willen vellen. Wanneer steunvoornemens toch aan de Commissie worden voorgelegd, is de gemiddelde behandeltijd twee jaar, waarin het voornemen niet mag worden geëffectueerd.
Om deze reden maakt het ministerie een analyse hoe groot het risico op ongeoorloofde staatssteun is, voordat zij overgaat tot een financiële maatregel. Door de zeer beperkte staatssteunjurisprudentie binnen het zorgdomein is de kans heel groot dat er enige twijfel is of sprake is van (ongeoorloofde) staatssteun. Het is niet werkbaar voor de Commissie of het ministerie om de Commissie jaarlijks veel rechtszekerheidsvragen te stellen. Hiernaast is de Commissie niet geneigd een scherp oordeel te vellen richting Nederland, omdat andere lidstaten aanzienlijk minder mededinging hebben in de zorgsector.
Lees de volledige reactie op verantwoordingsonderzoek.rekenkamer.nl

Nawoord Algemene Rekenkamer

De minister van VWS geeft aan dat het voor de Commissie niet werkbaar is om veel rechtszekerheidsvragen te stellen. Mede om dat te voorkomen heeft de Commissie medio 2014 de operatie afgerond om de

staatssteunregels te moderniseren. Hierdoor krijgen de lidstaten meer verantwoordelijkheid voor het ontwerpen en uitvoeren van regelingen zonder voorafgaande kennisgeving, en het toepassen van efficiënte controles op nationaal niveau.
Wij bevelen de minister van VWS aan om in overleg met de coördinerende minister van EZ te bezien of het voor Nederland zinvol is de processen rond de staatssteun aan te passen aan de gemoderniseerde staatssteunregels en daarbij te bezien of de staatssteunmaatregelen onder de algemene groepsvrijstellingsverordening kunnen worden gebracht.

5.2 Oordeel rechtmatigheid financiële informatie

De in de financiële overzichten opgenomen financiële informatie in het Jaarverslag 2014 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is rechtmatig. De door ons aangetroffen fouten en onzekerheden vindt u in het overzicht van alle fouten en onzekerheden in de financiële informatie.
Wij geven ons oordeel onder voorbehoud van goedkeuring van de slotwetmutaties door de Staten-Generaal.

Voorbehoud bij het oordeel over de financiële informatie VWS
Het bedrag aan verplichtingen omvat in totaal 1.060,8 miljoen euro aan overschrijdingen op de begrotingsartikelen 1, 2, 4, 6 en 8. Het bedrag aan uitgaven omvat in totaal 1.039,7 miljoen euro aan overschrijdingen op de begrotingsartikelen 1 en 8. Gaan de Staten-Generaal niet akkoord met de daarmee samenhangende slotwetmutaties, dan moeten wij onze oordelen over de financiële informatie mogelijk herzien.

5.3 Oordeel weergave financiële informatie

De in de financiële overzichten opgenomen financiële informatie in het Jaarverslag 2014 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is deugdelijk weergegeven en voldoet aan de verslaggevingsvoorschriften. De door ons aangetroffen fouten en onzekerheden vindt u in het overzicht van alle fouten en onzekerheden in de financiële informatie.

5.4 Rechtmatigheid en deugdelijke weergave op artikelniveau

Wij controleren ook op artikelniveau de deugdelijke weergave en de rechtmatigheid van de financiële informatie. Wij hebben hierbij 3 belangrijke fouten en onzekerheden geconstateerd in het Jaarverslag 2014 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

5.4.1 Fout en onzekerheid in de rechtmatigheid op artikel 10 Apparaatsuitgaven

De tolerantiegrens voor fouten en onzekerheden met betrekking tot de rechtmatigheid van zowel de verplichtingen als van de uitgaven op beleidsartikel 10 Apparaatsuitgaven is overschreden. De fouten en onzekerheden met betrekking tot de rechtmatigheid van respectievelijk de verplichtingen ad 23,4 miljoen euro en de uitgaven ad 22,6 miljoen euro overschrijden de rapporteringstolerantie (ad 15 miljoen euro) van dit artikel. De fouten en onzekerheden in de verplichtingen zijn ontstaan door het niet naleven van de aanbestedingsregelgeving. De fouten en onzekerheden in de uitgaven zijn ontstaan door ontoereikende of ontbrekende prestatieverklaringen voor geleverde goederen of diensten.

5.4.2 Onzekerheid in de afgerekende voorschotten Caribisch Nederland

De minister van VWS rapporteert in de bedrijfsvoeringsparagraaf dat de tolerantiegrens voor onzekerheden met betrekking tot de rechtmatigheid van artikel 4 'Zorgbreed beleid' is overschreden. De onzekerheid over de rechtmatigheid bedraagt 168,7 miljoen euro. Deze is het gevolg van een onzekerheid over de (vastgestelde) uitgaven 2012 en 2013 van het Zorgverzekeringskantoor in Caribisch Nederland.
In 2014 zijn de verantwoordingen over 2012 en 2013 van het Zorgverzekeringskantoor bij het Ministerie van VWS ingediend. De verantwoordingen waren beide voorzien van een controleverklaring met een oordeelonthouding. Hierdoor bestaat er geen zekerheid over de rechtmatigheid van de uitgaven van het Zorgverzekeringskantoor over de jaren 2012 en 2013.
Wij rekenen deze onzekerheden toe aan de afgerekende voorschotten in de saldibalans. Door deze onzekerheid is de tolerantiegrens voor fouten en onzekerheden met betrekking tot de rechtmatigheid van de afgerekende voorschotten overschreden.

5.5 Financiële informatie per artikel VWS in relatie tot onvolkomenheden

6 artikelen kunnen gevolgen ondervinden van de onvolkomenheden in de bedrijfsvoering. Bij 4 van die artikelen zijn de fouten of onzekerheden het gevolg van een onvolkomenheid. De tolerantiegrenzen zijn daarbij overschreden. In het overzicht financiële informatie per begrotingsartikel (pdf) is te zien welke artikelen het betreft.

Financiële informatie per begrotingsartikel 2014 Ministerie van VWS (XVI)

	Onvolkomenheden			
Beleidsartikelen	**Uitgaven 2014 (x 1000)**	Inkoopbeheer kerndepartement	Toezicht en aansturing invoering trekkingsrechten PGB	Tolerantiegrenzen overschreden? Artikelniveau
1 Volksgezondheid	€ 494.841	€		nee
2 Curatieve zorg	€ 2.722.717			nee
3 Langdurige zorg en ondersteuning	€ 4.560.102	€		nee
4 Zorgbreed beleid	€ 697.803			nee
5 Jeugd	€ 1.545.047	€		nee
6 Sport en bewegen	€ 69.986			nee
7 Oorlogsgetroffenen en herinnering Wereldoorlog II	€ 321.328			nee
8 Tegemoetkoming specifieke kosten	€ 5.296.989			nee
Niet-beleidsartikelen				
9 Algemeen	€ 39.260			nee
10 Apparaatsuitgaven	€ 318.157	€		ja
11 Nominaal en onvoorzien	€ 0			
Baten-lastenagentschappen				
College ter Beoordeling van Geneesmiddelen				
Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg				
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu				nee
Almata				
Lindenhorst				

artikel dat gevolgen kan ondervinden van de onvolkomenheid (mogelijke gevolgen voor bv rechtmatigheid, betrouwbaarheid gegevens of doelrealisatie)

€ artikel waar fouten of onzekerheden in de rechtmatigheid of deugdelijke weergave zijn geconstateerd als gevolg van de onvolkomenheid

5.6 Overzicht fouten en onzekerheden VWS

Het totale overzicht van fouten en onzekerheden bestaat uit 5 verschillende onderdelen. We nemen alleen de tabellen op over de onderdelen waarin we fouten en/of onzekerheden hebben geconstateerd.

- Verplichtingen (pdf)
- Uitgaven + ontvangsten (pdf)
- Baten-lastenagentschappen (pdf)
- Saldibalans
- Afgerekende voorschotten (pdf)

OVERZICHT FOUTEN EN ONZEKERHEDEN IN DE FINANCIËLE INFORMATIE IN HET JAARVERSLAG 2014 VAN HET MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT (XVI)

Verplichtingen (€ x 1000)

Art. nr.	Omschrijving	Verantwoord bedrag	Fout		Onzekerheid		Totaal F + O		Tolerantie overschreden?		Onzekerheid over volledigheid
			Rechtmatigheid	Deugdelijke weergave	Rechtmatigheid	Deugdelijke weergave	Rechtmatigheid	Deugdelijke weergave	Rechtmatigheid	Deugdelijke weergave	
Beleidsartikelen											
1	Volksgezondheid	614.940	3.845	-	251	-	4.096	-	nee		-
2	Curatieve zorg	2.753.584	11.800	-	13	-	11.813	-	nee		-
3 *	Langdurige zorg en ondersteuning	4.479.923	9	-	415	-	424	-	nee		-
4	Zorgbreed beleid	715.427	-	-	-	-	-	-			-
5 *	Jeugd	136.133	-	-	195	-	195	-	nee		-
6	Sport en bewegen	84.715	-	-	-	-	-	-			-
7	Oorlogsgetroffenen en herinnering Wereldoorlog II	320.591	-	-	-	-	-	-			-
8	Tegemoetkoming specifieke kosten	5.296.989	-	-	-	-	-	-			-
Niet-beleidsartikelen											
9	Algemeen	36.020	-	-	-	-	-	-			-
10 *	Apparaatsuitgaven	318.527	14.018	-	9.354	-	23.372	-	ja		-
11	Nominaal en onvoorzien	-	-	-	-	-	-	-			-
Totaal		14.756.849	29.673	-	10.228	-	39.901	-			-

* De fouten worden (deels) veroorzaakt door onvolkomenheden in de bedrijfsvoering

Totaal verplichtingen	14.756.849	
Rechtmatigheid		
Procentuele fout	0,20%	Tolerantiegrens niet overschreden
Procentuele onzekerheid	0,07%	Tolerantiegrens niet overschreden
Deugdelijke weergave		
Procentuele fout	0,00%	
Procentuele onzekerheid	0,00%	

OVERZICHT FOUTEN EN ONZEKERHEDEN IN DE FINANCIËLE INFORMATIE IN HET JAARVERSLAG 2014 VAN HET MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT (XVI)

Uitgaven + ontvangsten (€ x 1000)

Art. nr.	Omschrijving	Verantwoord bedrag	Fout		Onzekerheid		Totaal F + O		Tolerantie overschreden?		Onzekerheid over volledigheid
			Rechtmatigheid	Deugdelijke weergave	Rechtmatigheid	Deugdelijke weergave	Rechtmatigheid	Deugdelijke weergave	Rechtmatigheid	Deugdelijke weergave	
Beleidsartikelen											
1 *	Volksgezondheid	532.352	33	99	-	-	33	99	nee	nee	-
2	Curatieve zorg	2.804.715	642	-	12.430	-	13.072	-	nee		-
3 *	Langdurige zorg en ondersteuning	4.569.506	578	-	-	-	578	-	nee		-
4	Zorgbreed beleid	730.103	-	-	-	-	-	-			-
5	Jeugd	1.569.707	-	-	-	-	-	-			-
6	Sport en bewegen	70.724	22	-	-	-	22	-	nee		-
7	Oorlogsgetroffenen en herinnering Wereldoorlog II	330.453	-	-	-	-	-	-			-
8	Tegemoetkoming specifieke kosten	6.083.378	28.514	-	90.546	-	119.060	-	nee		-
Niet-beleidsartikelen											
9	Algemeen	40.260	-	-	-	-	-	-			-
10 *	Apparaatsuitgaven	373.115	17.893	-	4.662	-	22.555	-	ja		-
11	Nominaal en onvoorzien	-	-	-	-	-	-	-			-
Totaal		17.104.313	47.682	99	107.638	-	155.320	99			-

* De fouten worden (deels) veroorzaakt door onvolkomenheden in de bedrijfsvoering

Totaal Uitgaven en Ontvangsten	17.346.462	Omvangsbasis uitgaven + ontvangsten + bijdrage(n) van derden baten-lastendiensten
Rechtmatigheid		
Procentuele fout	0,27%	Tolerantiegrens niet overschreden
Procentuele onzekerheid	0,62%	Tolerantiegrens niet overschreden
Deugdelijke weergave		
Procentuele fout	< 0,01%	Tolerantiegrens niet overschreden
Procentuele onzekerheid	0,00%	

OVERZICHT FOUTEN EN ONZEKERHEDEN IN DE FINANCIËLE INFORMATIE IN HET JAARVERSLAG 2014 VAN HET MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT (XVI)

Baten-lastenagentschappen (€ x 1000)

Art. nr.	Omschrijving	Verantwoord bedrag	Fout		Onzekerheid		Totaal F + O		Onzekerheid over volledigheid
			Rechtmatigheid	Deugdelijke weergave	Rechtmatigheid	Deugdelijke weergave	Rechtmatigheid	Deugdelijke weergave	
Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen									
	Baten	39.210	1.403	10	-	125	1.403	135	-
	Bijdrage moederdepartement	215	-	-	-	-	-	-	-
Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg									
	Baten	42.882	2.042	68	21	-	2.063	68	-
	Bijdrage moederdepartement	22.326	-	-	-	-	-	-	-
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu									
	Baten	339.422	1.915	1.061	403	1.000	2.318	2.061	-
	Bijdrage moederdepartement	159.026	-	-	-	-	-	-	-
Almata JeugdzorgPlus									
	Baten	5.833	320	-	-	-	320	-	-
	Bijdrage moederdepartement	4.964	-	-	-	-	-	-	-
JeugdzorgPlus-instelling De Lindenhorst-Almata									
	Baten	53.200	1.445	1	1.285	-	2.730	1	-
	Bijdrage moederdepartement	51.867	-	-	-	-	-	-	-
	Totaal baten	480.547	7.125	1.140	1.709	1.125	8.834	2.265	-

Totale baten baten-lastenagentschappen	480.547	
Rechtmatigheid		
Procentuele fout	1,48%	Tolerantiegrens niet overschreden
Procentuele onzekerheid	0,36%	Tolerantiegrens niet overschreden
Deugdelijke weergave		
Procentuele fout	0,24%	Tolerantiegrens niet overschreden
Procentuele onzekerheid	0,23%	Tolerantiegrens niet overschreden

OVERZICHT FOUTEN EN ONZEKERHEDEN IN DE FINANCIËLE INFORMATIE IN HET JAARVERSLAG 2014 VAN HET MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT (XVI)

Afgerekende voorschotten (€ x 1000)

Art. nr.	Omschrijving	Verantwoord bedrag	Fout		Onzekerheid		Totaal F + O		Tolerantie overschreden?		Onzekerheid over volledigheid
			Rechtmatigheid	Deugdelijke weergave	Rechtmatigheid	Deugdelijke weergave	Rechtmatigheid	Deugdelijke weergave	Rechtmatigheid	Deugdelijke weergave	
	Totaal afgerekende voorschotten 2014	5.573.200	-	-	168.682	-	168.682	-	ja		-
	Totaal afgerekende voorschotten	5.573.200	-	-	168.682	-	168.682	-			-